الطب النفسي والحياة

مقالات .. مشكلات .. فوائد

الكتاب الثالث



الدكتور/ حسان عدنان المالح

استشاري الطب النفسي - زمالة وخبرة في جامعات ڤيينا وبريطانيا

عضو الجمعية البريطانية للعلاج النفسي السلوكي

والجمعية البريطانية للعلاج الجنسي والأسري

عضو دولي في الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A.P.A.)

عضو الجمعيةالعالمية للطب النفسي (W.P.A.)

دار الاشـــراقات

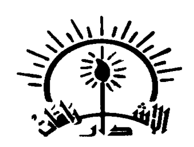
دمشق - سورية - ص. ب ٣٤٦٤٢

الطبعة الأولى

١٤٢٠هـ -١٩٩٩م / ٢٠٠٠

رافد: ٩٩-١٤

التنفيذ : دار الأشـــراقات للنشر



للنشر والتوزيع والخدمات الطباعية

هاتف/فاكس: ٣٢١٩٤٥٦ (٠١١)

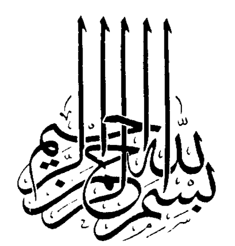
ص.ب: ٣٤٦٤٢
دمشق ــ سوريا

الطب النفسي والحياة

مقالات . . مشكلات . . فوائد

الكتاب الثالث

٣



☐ محتويات الكتاب

الموضوع	صفحة

الموضوع	صفحة

الموضوع	صفحة

الموضوع	صفحة

الإهداء

أهدي هذا الكتاب إلى "جرّة" حياتنا
التي امتلأت بنماذج مُتعبة من البشر
وتفاصيل عن الوجع والخيبات ..
وفيها أحزاني القريبة وبعض المنى وأسئلة
وفيها كسر وجبر وخير وشر .. وقطعة حلوى
قُلتُ: أَسْتُرها بالحصى والكلمات
ولا أدري هل كان عليّ أن أتقن لغة أخرى؟

د. حسان

بين يدي الكتاب

يسرني أن أقدم هذا الكتاب إلى القارىء الكريم . . وهو الكتاب الثالث في " سلسلة كتب الطب النفسي و الحياة " . وقد استغرقت كتابة هذا الكتاب حوالي سنتين . وقد حاولت من خلاله أن أتطرق إلى مواضيع متنوعة هامة ومفيدة تهم القارىء العام والقارىء المتخصص . وتصل مواضيع الكتاب إلى ثلاثة وخمسين موضوعاً قسمتها إلى ستة فصول وهي : موضوعات عامة في النفس والطب النفسي - الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجاتها - حول مشكلات المرأة والرجل والزواج - حول مشكلات الأطفال والمراهقين والتربية - موضوعات اجتماعية ثقافية نفسية - وأخيراً من رسائل القراء . إضافة للمراجع العامة وقائمة بالمصطلحات الانجليزية ومعانيها بالعربية وخاتمة أدبية وتذكرة عامة .

وقد اتبعت في هذا الكتاب نفس الأسلوب الذي كتبت فيه الكتابين السابقين من حيث سهولة تناول المواضيع ووضوح المعاني والعبارات . وبعض الموضوعات كتبتها استجابة لمشكلات عملية واقعية أثيرت في الصحف والمجلات العربية ، وبعضها الآخر كان نابعاً من اهتماماتي الخاصة وطبيعة المشكلات التي أتعامل معها من خلال العيادة النفسية . كما أن بعض المواضيع كتبت خصيصاً لهذا

الكتاب ، وهي تشمل موضوعات أكاديمية تفتقر إليها المكتبة العربية عموماً . . مثل الموضوعات المتعلقة بالاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين في الفصل الثاني والتي تشكل حوالي ثلث الكتاب . وقد تناولت هذه المواضيع بشكل موسع وعميق وحاولت تقديم أحدث المعلومات الممكنة من مصادرها في المراجع والمجلات المتخصصة إضافة إلى كتابة ملاحق خاصة بكل موضوع فيها فوائد هامة يسهل الرجوع اليها . وهذه الموضوعات الأكاديمية تكمل الموضوعات المشابهة المكتوبة في الكتابين السابقين ، حيث تناولت الاضطرابات النفسية عند الأطفال في هذا الكتاب بشكل أساسي ، وسابقاً تناولت اضطرابات القلق والهلع والوسواس المرضي والاكتئاب في الكتاب الأول ، والاضطرابات الذهانية كالفصام والزور والهوس وغيرها في الكتاب الثاني .

وقد حاولت في أسلوب الكتاب أن أجمع بين الكتابة إلى القارىء العام وإلى القارىء المتخصص كل يأخذ مايناسبه . . وهذا الأسلوب ليس سهلاً أو مطروقاً . . ويدفعني إلى ذلك رؤيتي عن ضرورة إشراك القارىءالعام في المعلومات التي نعرفها نحن الاختصاصين مما يجعلنا واقعيين ولانكتم علمنا . . كما يمكن أن يساهم ذلك في "فك العزلة والحصار" حول الطب النفسي والذي يتحمل الأطباء أنفسهم والاختصاصيون الآخرون جزءاً من مسؤولية وجود ذلك من خلال ابتعادهم عن القارىء العام

واهتماماته ومن خلال كتاباتهم الأكاديمية المعقدة عموماً (في حال وجودها) إضافة إلى أن أغلب الاختصاصيين يكتبون باللغات الأجنبية وليس بالعربية . ومن جانب آخر نجد أن كثيراً من الكتابات السطحية (والأدبية) في قضايا النفس والطب النفسي لايمكنها أن ترفع من مستوى الوعي العلمي والطبي كما أنها قديمة في معلوماتها ولاتواكب التطور العلمي المتسارع مما يساهم في استمرارية تدني الثقافة النفسية العامة . وعلى أية حال فقد كانت تجربتي السابقة في سلسلة الطب النفسي والحياة ناجحة واستفاد منها الطلاب والاختصاصيون إضافة للقارىء العام والمهتمين والمرضى أنفسهم وأهلهم وفئات أخرى واسعة في المجتمع العربي .

وبالطبع فإن الكتابة الأكاديمية تتطلب معايير دقيقة من حيث وجود المراجع المناسبة أمام كل معلومة أو عبارة مطروحة . وقد ابتعدت عن ذلك في هذه السلسلة . . وربما أشترك مع أساتذة وزملاء آخرين في تأليف "مرجع وسيط في الطب النفسي" وباللغة العربية يتضمن بعض المواضيع الأكاديمية التي كتبتها في هذه السلسلة بعد تعديل أسلوب إثبات المراجع وغير ذلك مما يتناسب مع الكتابة الأكاديمية البحتة والذي يهم فئة الاختصاصيين .

أما القارىء العام فهو يجد في هذا الكتاب معلومات تهمه

شخصياً وتساعده وتزيد من ثقافته النفسية مما يجعله يتعامل مع الحياة بشكل أفضل . . والفوائد التي يجنيها تمتد إلى من حوله من أهل وأصدقاء وزملاء وإلى المجتمع الكبير عموماً . ومما لاشك فيه فإن "العلم نور" دائماً . . ولابد من" تطبيع "الأمور النفسية أي جعلها عادية وطبيعية بدلاً عن كونها مواضيع حساسة محاطة بالسرية والخرافات والسلبية . . ولايدعي هذا الكتاب أنه يقدم إجابات شافية أو كاملة أو أنه قادر على تغيير أوهام ومشكلات كثيرة ولكنه إضاءة جادة وخطوة في الاتجاه السليم .

ومما لاشك فيه أن الكتابة تبقى أسلوباً للتواصل والتفاهم وهي تعبير عن الذات التي تطرح مالديها من هموم ومعلومات وأسئلة . . والكتابة عمل شاق ومسؤول يعادل الولادة الطويلة أو العسيرة كما أن الفرحة كبيرة عند تمامها . . والمهم أنني أهوى ما أكتب عنه . . ويقولون أن " الكتاب يبقى" . ويبقى طموحي مستمراً في بذل الجهد لتقديم مايتيسر من مقالات وفوائد في موضوعات تتعلق بالطب النفسي والحياة وبما ينفع . . راجياً الأجر والثواب من الله تعالى وأرجو أن أكون قد وفقت في عملي هذا والله ولي التوفيق .

د. حسان المالح

جدة - ١٤١٩هـ/ ١٩٩٩م

الفصل الأول

موضوعات عامة في النفس والطب النفسي

١ - تغيرات المزاج في الحياة اليومية .
٢ - "المهنة" والاضطرابات النفسية .
٣ - أدوية الضعف الجنسي (ڤياغرا) من الناحية النفسية .
٤ - أمراض السرطان من الناحية النفسية وكيفية التعامل معها .
٥ - المعاقون والطب النفسي .
٦ - الرسم والعلاج النفسي .

١ تغيرات المزاج في الحياة اليومية

يبدو أن الحالة المزاجية للإنسان تتغير باستمرار . . ويعيش الإنسان حالات متناوبة من التوتر والغضب والانزعاج ، ومن الراحة والاطمئنان والفرح في حياته اليومية . .

وتختلف مدة هذه الحالات من ثوان معدودة إلى دقائق وساعات وأيام . ويبقى ذلك في الحدود الطّبيعية المقبولة . . أما في الحالات المرضية الشديدة فإن تغيرات المزاج تمتد لفترات زمنية طويلة (أسابيع أو أشهر) يكون المزاج الغالب المسيطر على الشخص فيها سلبياً "متعكراً" ويتميز بالقلق والخوف والاكتئاب وفي حالات أخرى بالغضب أو النشوة والفرح غير الاعتيادي . وهذا ما يعرف باضطرابات المزاج الاكتئابية والهوسية والحالات المختلطة بينهما .

وهناك حالات مخففة من هذه الاضطرابات لاتصل في شدتها وآثارها إلى حالات الاضطراب السابقة وهي ترتبط بالشخصية الدورية المتقلبة المزاج .

وإذا تحدثنا عن "تغيرات المزاج الاعتيادية" نجد أن أسباباً عديدة تساهم في تقلب الحالة المزاجية وتنوعها . . وهناك مؤثرات داخلية ومؤثرات أخرى خارجية ترتبط بالحالة المزاجية . . وتلعب "التركيبة الوراثية للفرد" دوراً في تكوين صفات مزاجه وشدة

تغيرها وتقلبها . وبعض الأشخاص أكثر استعداداً للهدوء والسكينة والضبط الانفعالي وبعضهم الآخر أكثر أستثارة وحيوية وردوده الانفعالية أشد درجة وحدّة .

وتؤثر التغيرات "الفيزيولوجية والغذائية" على تقلبات المزاج خلال فترات النهار والليل ، مثل مانجد من العصبية والنرفزة وقلة الصبر في حالة الجوع وقبل مواعيد الطعام . . وأيضاً قبل الدورة الشهرية عند النساء وغير ذلك .

ويلعب "الإحباط" دوراً رئيسياً في "تعكر" المزاج والإحباط يمثل الفشل وعدم تحقق الرغبات والآمال والتوقعات البسيطة منها أو الكبيرة . . والحياة اليومية لاتسير على "هوانا" ووفقاً لما نرغبه ونريده ونرضى عنه في كثير من التعاملات والأحداث والأعمال . .

وبعض الأشخاص لايتحمل "الإحباط البسيط" ويمثل ذلك ضعفاً وقلة خبرة ونضج على الصعيد الانفعالي والفكري ، وهذا حال الأطفال والمراهقين و "المدللين" من الكبار وأيضاً حال الشخصيات "النرجسية" والتي تتميز حالاتها المزاجية بالاستثارة الشديدة والغضب والتبدل المفاجيء أمام كمية قليلة من الإحباط .

وبعض الشخصيات التي تتصف "بالعناد والسيطرة والطموح والتنافس الشديد" تتعرض لتغيرات مزاجية حادة وللتوتر والعصبية والغضب الذي يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات

جسمية ونفسية شديدة إذا سارت الأمور في غير مايناسبها . . ونجد أن رؤية هؤلاء الأشخاص لأنفسهم وللآخرين وللمستقبل تحتاج إلى التعديل والمرونة والتكيف، لأنها تتميز بالجمود والطموح الذي لايرضى مما لا يتناسب مع الصحة النفسية والتوازن الشخصي والواقعية . كما أن بعض الشخصيات التي تتصف "بالسلبية العدوانية" والتي تتمنع عن أداء الأعمال في أوقاتها وتؤجل تنفيذ الطلبات والاقتراحات وتبدي عدم الموافقة على أبسط الأشياء في الحياة الزوجية أو العملية يمكن أن تسبب في "تسمم" الأجواء التي تعيش فيها بسبب "العسر والنكد" الذي تتميز به من الناحية المزاجية والسلوكية .

وبعض الشخصيات "العداونية" التي لاتستقر إلا أن "تلحق الأذى بالغير" تتميز بالتقلب المزاجي والحدة وثورات الغضب وانفلات المشاعر السلبية ، مما يشكل صعوبة خاصة في التعامل معها ويؤدي إلى الحذر منها لصعوبات التنبوء بسلوكها إضافة للأذى الذي يمكن أن يصدر عنها . وتميل هذه الشخصيات إلى تعاطى المواد الإدمانية المتنوعة مما يضيف مشكلات أخرى خطيرة . ومما لاشك فيه أن بعض المواد الشائعة الاستعمال مثل "القهوة والشاي والكولا" لها دورها في تقلبات المزاج ولكنها ليست خطيرة بشكل عام .

وتلعب الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية دوراً

هاماً في تغيرات "المزاج وتعكره" ويرتبط القلق والاكتئاب بالبطالة والتغيرات الاقتصادية المفاجئة وسوء الأحوال المعيشية والأسرية وبالكوارث والعنف والحروب والتناقضات الاجتماعية وعدم الاستقرار وغير ذلك . .

وتتميز الحضارة الحديثة بازدياد الحاجات والمتطلبات وبالتنقل والبحث والتغير و السرعة والإثارة ، مما ينعكس بشكل مباشر على الحالة المزاجية ويؤدي إلى القلق والتبدل والإحباط وعدم الاستقرار ، وأيضاً التوتر "والأعصاب المشدودة" ومن ثم التعب والإرهاق .

ومما لاشك فيه أن الحالة المزاجية عند الإنسان تتأثر "بالعدوى" من الآخرين المحيطين به مباشرة أو بشكل غير مباشر . وربما تكون الحالات المزاجية السلبية أقوى تأثيراً من الحالات المزاجية الإيجابية . وتخلق "مشاعر الوجوم والتجهم والتكشير" جواً من التوتر وعدم الأمان، بينما تشيع الإبتسامة حالة من الرضا والسرور والراحة والتجدد .

ولابد من التأكيد على أن الحالة المزاجية هي جزء أساسي من تكوين الإنسان وقدراته ، وأن السعادة مفهوم نسبي يتطلع الإنسان له دائماً . . ولايوجد سعادة مطلقة وراحة دائمة . . ولابد من غلبة المشاعر الإيجابية التي تضمن للإنسان الصحة والتوازن والإنتاجية المفيدة ، ولابد من محاولة تحسين الحياة وإغنائها وبذل

الجهود لتطوير قدرات الإنسان وتكيفه وإغناء حالته المزاجية وتحسينها من خلال الظروف الفعلية من جهة ، ومن خلال الأساليب المساعدة على التحكم بالمزاج وتعديله من خلال التفكير والسلوك الناضح والمتفائل والخير من جهة أخرى .

[٢] المهنة والاضطرابات النفسية

يبدو أن المهنة التي يمارسها الإنسان تؤثر في شخصيته وأساليبه وتفكيره وأيضاً في أمراضه واضطراباته . . الجسدية منها والنفسية .

ومن المعروف أن هناك "أمراض مهنية" يتعرض لها الأشخاص الذين يمارسون مهنة معينة، و بنسب تفوق معدلات هذه الأمراض عند عموم الناس . حيث يتعرض مثلاً العاملون في المواد الكيميائية وعمال المناجم لأمراض صدرية إنسدادية وسرطانية وإعتلالات في الكبد والكلية والدم وغيرها ، بسبب الغازات والغبار الذي يتعرضون له أثناء عملهم . كما يتعرض العاملون في تربية المواشي ونقلها وذبحها لعدد من الالتهابات الخاصة بسبب انتقال العدوى لهم من الحيوانات مثل مرض الحمى المالطية (Brucellosis) وغيرها .

وتزداد الإصابات الجسدية والجروح والخلوع والكسور لدى فئات الرياضيين المحترفين كما أن هناك إصابات دماغية عصبية خاصة تكثر عند الملاكمين (Punch Drunk Syndrome) .

ويتعرض أطباء الأسنان للإصابة بالتسمم الزئبقي بسبب الحشوات المعدنية (Amalgam) المستعملة يومياً . إضافة إلى أمثلة أخرى كثيرة من الأمراض المهنية في مهن مثل الطب والمهن الطبية المساعدة والعسكرية والحرفيين والعمال وغيرهم .

ويدرس الطب المهني (Occupational Medicine) أنواع الأمراض والاضطرابات المرتبطة بمهنة معينة ، محاولاً فهم الآليات الإمراضية وأسبابها وطرق الوقاية منها أو التخفيف من نسب حدوثها من خلال إجراء تعديلات تقنية أو كيميائية وقائية .

والحقيقة أن معدل إصابة الإنسان بمختلف الأمراض الجسمية والنفسية له ارتباطات بعدد من العوامل العامة : مثل العوامل العضوية والعمر والجنس والعرق والوراثة ، وأيضاً البيئة الطبيعية التي يعيش فيها (ريف - مدينة - جبل - ساحل - صحراء) ، والبيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها (طبقة - مهنة - دين - عادات-تقاليد - ثقافة) وأخيراً التكوين النفسي والتربوي والشخصي الذي يتميز به .

وفي الممارسة الطبية اليومية نجد أنه من الضروري الإلمام بمعلومات عامة عن المريض تشمل النقاط السابقة إضافة للمعلومات الخاصة بالمرض ، مما يساهم في تفهم الحالة المرضية بشكل ناجح ومما يساعد في وضع التشخيص الصحيح السريع . ومثلاً يمكن للطبيب أن يصل إلى التشخيص بسرعة أكبر في حالة فحصه لمريض يشتكي من أعراض التهابية شديدة إذا سأل عن مهنة المريض حيث يتوجه الطبيب في تشخيصه إلى أمراض معينة تصيب الإنسان ناتجة عن عدوى من خلال عمل المريض في تربية المواشي .

وفي ميدان الأمراض والاضطرابات النفسية المتنوعة ومدى علاقتها بالمهنة نجد أن هناك عدد من الملاحظات العامة في الدراسات الغربية حول ذلك . ويمكننا القول أن هناك اختلافاً واضحاً في ميدان الطب النفسي عن ميادين الطب الأخرى في موضوع الأسباب المرضية وتحديدها .

ولايزال الغموض يكتنف كثيراً من أسباب الاضطرابات النفسية . والنظرة العامة المتوازنة تؤكد على وجود عوامل عضوية ونفسية واجتماعية (Biopsychosocial) في ظهور الاضطرابات النفسية وتطورها . وفي بعض الاضطرابات تلعب العوامل العضوية الكيميائية والوراثية دوراً حاسماً، وفي بعضها الآخر تبرز أهمية الأسباب النفسية والاجتماعية في ظهور المرض أو في شدته واستمراريته .

ومن المفيد معرفة أهمية العوامل الاجتماعية (ومنها المهنية) في تأثيرها على نسبة حدوث اضطراب نفسي معين أو شدته أو سيره ، مما يفتح المجال لوضع خطط واضحة تساهم في الوقاية من الاضطرابات .

ومما لاشك فيه أن مثل هذه الدراسات تواجهها صعوبات كبيرة، بعضها يعود إلى صعوبات نظرية وعلمية وبعضها يعود إلى صراعات اقتصادية واجتماعية تتعلق بتركيبة المجتمع وفئاته ومصالحه المتناقضة .

وأيضاً فإن "الوصمة السلبية" (Stigma) المرتبطة بالاضطرابات النفسية والتي لاتزال واسعة الانتشار في معظم المجتمعات تساهم في صعوبة إجراء الدراسات على "أصحاب مهنة معينة" ومعرفة مدى "صحتهم النفسية واضطراباتهم" حيث يشترط في ممارسة معظم المهن بشكل صريح أو ضمني خلو المتقدم للمهنة من أي سجل "لأي اضطراب نفسي" مما لايتناسب مع الحياة الواقعية وانتشار الاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها ودرجاتها .

وبالطبع فإن العديد من المهن تتطلب توفر حد أدنى من الصحة الجسمية كما أن اللياقة الصحية والنفسية تلعب دوراً حاسماً في أداء بعض المهن ، ولكن المشكلة تكمن في الحساسية السلبية لكل ماهو "نفساني" وفي التعميمات الخاطئة والمبالغات غير الواقعية ، وأيضاً في تعريف مفهوم اللياقة الصحية ونسبيته .

وقد دلت الدراسات على أن "مرض الفصام" (Schizophrenia) ينتشر بنسبة أكثر في "الطبقات الاجتماعية المتدنية" وبالتالي في مهن خاصة وأعمال ذات مردود مالي أقل مقارنة بين المرضى وآبائهم . ولايعني ذلك أن الفقر يسبب الفصام بل لأن المرض نفسه يؤدي إلى تدهور الشخصية وقدراتها وطموحها مما يجعل المرضى المصابين يتدهورون في السلم الاجتماعي والمهني .

ولكن من جهة أخرى يمكن للأزمات الحياتية المتنوعة (Life Events) ومنها الفقر والبطالة والخسائر المادية أن تساهم في ظهور الفصام عند من يحمل استعدادات عضوية أو كيميائية أو وراثية ، أو أن تساهم في انتكاسة المرض أو إزمانه .

وينتشر اضطراب "الهوس الاكتئابي الدوري (Manic Depressive Disorder) في "الطبقات الاجتماعية العليا" مثل التجار ورجال الأعمال وغيرهم وربما يكون ذلك بسبب ازدياد النشاط والتفاؤل والطموح وروح المغامرة والثقة بالنفس والسلوك الاجتماعي الواسع ، والذي يميز بعض مراحل هذا الاضطراب ولاسيما الدرجات الخفيفة منه .

ويرتبط "الانتحار" (Suicide) بالطبقات الاجتماعية المتدنية بنسب مشابهة للطبقات الاجتماعية العليا ، ويقل في الطبقات الاجتماعية المتوسطة ، ويتبين ذلك من خلال "المهن الموازية لهذه الطبقات" .

وفي "المهن الطبية" يزداد "عدم التوافق الزوجي" "والطلاق" وأيضاً "الاكتئاب" وتبلغ نسبة الانتحار أعلاها في الأطباء اختصاصيي التخدير ثم يليهم أطباء العيون ثم الأطباء النفسيين ، وفقاً لبعض الدراسات . وتتعدد تفسيرات ذلك ومنها أنه ربما يكون النصيب الأقل الذي يحظى به طبيب التخدير مقارنة مع الطبيب الجراح من حيث التقدير بمختلف أشكاله في العمليات

الجراحية الناجحة ، إضافة لتحمله للعبء الأكبر في حالات العمليات الفاشلة ، دوراً في ذلك .

وفي "المهن الأدبية الإبداعية" تزداد نسبة "الاضطرابات الاكتئابية" (Deperssion) بشكل واضح مقارنة مع مجموع الناس وتشمل هذه المهن كتّاب الرواية والقصة والمسرح وكتاب النثر والشعراء . بينما تتقارب نسبة النوبات الاكتئابية الشديدة لدى العلماء والسياسيين والمؤلفين الموسيقيين والرسامين ، من النسب العامة للاكتئاب في المجتمع .

وتتعدد تفسيرات ذلك ومنها : طبيعة العمل الإبداعي الأدبي نفسه من حيث الحساسية الخاصة التي يمتلكها الكتاب لأشكال المعاناة المختلفة ، وتوحدهم (Identification) مع شخصيات أعمالهم ، وأيضاً تعرضهم لأنواع الإحباط المختلفة ، والاستعداد الشخصي ، وغير ذلك .

ويزداد "الاضطراب الهوسي" (Mania) والهوس الخفيف واضطراب المزاجية الدوري (Cyclothymic Disorder) لدى العاملين في "المهن الصحفية والإعلامية" كما تدل عليه الملاحظات .

وتدل الدراسات على أن "مهنة التشرد والتسول" يزداد فيها عدد المصابين بالفصام والإدمان على الكحول وغيره . كما أن "المهن اليدوية" (Manual Jobs) التي لاتتطلب مهارات خاصة

مثل الرعي والأعمال العضلية المساعدة والأعمال المنزلية وغيرها يزداد فيها الأشخاص "ذوو الذكاء المنخفض" وأيضاً "الفصام والاكتئاب" .

وفي عدد من الدراسات على "ربات البيوت" (House Wifes) تبين أن الاكتئاب يزداد لديهن مقارنة مع النساء العاملات في مهن وأعمال أخرى .

وتزداد "الاضطرابات التحويلية الهستيريائية" (Conversion Disorders) والاضطرابات التجسيمية (Somatization) (الشكاوى الجسمية المتعددة نفسية المنشأ) لدى الأشخاص ذوي الثقافة التعليمية المتدنية وبالتالي في المهن والأعمال الموازية لذلك .

ويندر الاضطراب الوسواسي القهري (Obssessive Compulsive Disorder) في المهن الأدبية الإبداعية ، وربما يزداد في المهن الدينية . ويزداد الاضطراب الهذياني (الشك - الزور) (Delusional Disorder) لدى "أسرى الحرب" وفي "السجون" ولاسيما في حالات السجن الإنفرادي وغير ذلك .

وتزداد "الجنسية المثلية" (الشذوذ الجنسي)(Homosexuality) لدى الرجال الذين يمارسون المهن المرتبطة عادة بميادين عمل المرأة مثل "الخياطة" "وإعداد الطعام" "وتزيين الشعر" وغير ذلك . وأيضاً في "نزلاء السجون" "وطلبة المدارس الداخلية" من الجنسين ، كما تدل عليه الملاحظات .

ويزداد الإدمان على الكحول (Alcoholism) في " المهن البحرية " التي تتطلب أسفاراً طويلة ، وأيضاً لدى موظفي الفنادق وأماكن اللهو و(البارات) (Barman) حيث يتوفر الكحول باستمرار . إضافة لعدد من المهن الخطرة والعسكرية وغيرها . كما يزداد سوء استعمال وإدمان المنشطات لدى " فئات الطلبة " و " السائقين " وغيرهم .

ويزداد " إدعاء المرض " (Malingering) والتمارض في المهن العسكرية ولاسيما أثناء الحرب وأيضاً في " نزلاء السجون " .

كما أن " إصابات العمل " في عدد من المهن العضلية والحرفية يمكن أن تؤدي إلى اضطراب نفسي يتميز بشكاوى جسمية ونفسية وآلام ترتبط بالإصابة العضوية الأصلية ولكن لاتتناسب معها في شدتها أو إزمانها ، ويسمى ذلك " عصاب التعويض " (Compensation Neurosis) وهو يرتبط بإمكانية الحصول على تعويض مالي بسبب الإصابة الأصلية .

وهناك مايسمى باضطراب " الشدة عقب الصدمة " (Posttraumatic Stress Disorder) وهو يتميز بأعراض القلق والتوتر والأرق وتذكر الفجيعة وغير ذلك ، وهو يلي حدوث أحداث فاجعة وأليمة مثل الحوادث والموت المفاجىء والاغتصاب والحروب والكوارث وغيرها . وهذا الاضطراب يمكن أن يصيب فئات من مهن مختلفة بعضها اعتيادية وبعضها من " المهن الخطرة العسكرية " وغيرها .

وإذا تحدثنا عن اضطرابات القلق المتنوعة (Anxiety Disorders) " والمخاوف المرضية المتنوعة " (Phobias) نجد أنها اضطرابات واسعة الانتشار في مختلف الفئات والمهن . ومن المؤكد أن العصر الحديث وإيقاعه السريع وتغيراته وقيمه ومشكلاته وأيضاً " مهنه الشائعة " بظروفها وشروطها ومتطلباتها الخاصة والاجتماعية ، لها دور في ذلك الإنتشار .

كما أن الإحباطات والحرمان والصدمات العامة والمرتبطة بالمهن المتنوعة لها دور في نشوء القلق والمخاوف واستمراريتها . وهناك بالطبع مهن مهيئة للقلق أكثر من غيرها ، وتبقى الأمور نسبية في ذلك وافتراضية تخمينية . . ولايعني ذلك إهمال بحثها ودراستها ومحاولة تعديل مايمكن تعديله وإصلاحه .

وفي مجموعة أخرى من الاضطرابات النفسية والتي تسمى " اضطرابات التكيف " (Adjustment Disorders) والتي تأخذ أشكالاً من القلق والاكتئاب والأعراض الجسمية والسلوكية والأشكال المختلطة بينها . . نجد أن هذه الاضطرابات هي بالتعريف ناتجة عن سوء في التكيف لظروف معينة تتميز بالتوتر والشدة ولكن في)" حدود متوسطة " وليست استثنائية أو نادرة .

ومن الناحية العيادية نجد أن مثل هذه الاضطرابات يطلق على الشكاوى التي يبديها الأشخاص في ظروف مهنية صعبة ، أو عند البدء في عمل ما ، أو الانتقال إلى ظروف جديدة في مجال

المهنة ، أو غيرها في العلاقات الزوجية أو الشخصية أو المهنية . ومن المفهوم والواضح أنه كلما زادت صعوبات المهنة وظروفها القاسية كلما زادت هذه الاضطرابات النفسية انتشاراً .

وهنا لابد من العودة إلى جوهر العلاقة بين الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالمهنة ، حيث تبرز الأسئلة التالية والتي تحتاج إلى المزيد من الدراسة والبحث :

١ – ماهو دور " ضغوط المهنة " ودرجة تأثيرها في نشوء الحالات النفسية ؟

٢ – هل المهنة بذاتها ومن خلال طبيعتها تؤدي إلى تعديل وتغير في الشخص الذي يمارسها وبشكل يؤدي إلى تكوين أساليب وعادات مرضية في التفكير والانفعال والسلوك ؟

٣ – هل الإنسان يحمل معه إلى مهنته ميولاً واستعدادات خاصة وصفات في الشخصية تهيؤه فيما بعد إلى ظهور الاضطراب النفسي ؟

٤ – وهل تكمن الحقيقة في مزيج بين هذه المحاور الثلاثة وبدرجات متفاوتة ؟؟

وهناك جوانب أخرى لموضوع المهنة والاضطرابات النفسية المتنوعة . . حيث تدل الملاحظات بالنسبة " لاضطرابات الشخصية " وصفات الشخصية المرضية المرتبطة بالمهنة ، على أن " مهنة المحاسبة " مثلاً تتطلب الدقة وتطور القدرات الحسابية إضافة

للدأب والبرود الإنفعالي والتأني والإقتصاد . وهكذا نجد أن صفات الشخصية الوسواسية المرضية يكثر انتشارها في هذه المهن حيث تتضخم الصفات الطبيعية بشكل مبالغ لتصل إلى الحدود المرضية .

كما أن " الموظفين في الأعمال الكتابية الروتينية والأرشيف " يتميزون بالصفات الوسواسية والإفراط في النظام والترتيب والعناد وضيق الأفق والروتين (البيروقراطية) .

وفي " المهن الإدارية وأرباب الأعمال " تنتشر نمط الشخصية المسماة بنمط (أ) (Type "A" Personality) والتي تتميز بالتوتر والحدة الانفعالية والاحساس المفرط بالوقت (عدم الإنتظار) والطموح الزائد والرغبة بالإنجاز والتنافس الشديد .

وفي " الأعمال العسكرية والأمنية " تزداد صفات العدوانية والشدة والمغامرة والاندفاعية والشك . وفي مهنة " التمثيل " تزداد القدرات والصفات الإيحائية (Suggestability) مما يساعد على تقمص الممثل أو الممثلة للدور الذي يقوم به . وتزداد لديهم أيضاً صفات النرجسية وحب الظهور ومثلهم في ذلك " المغنينّ " .

وتتطلب " المهن العلمية والبحث العلمي " درجات من الإنطوائية والبرود الانفعالي والتفكير الذاتي والصبر والمثابرة . وفي " المهن الرياضية " تزداد صفات الاستعراض الجسدي والتنافس والعدوانية والنرجسية .

وفي الجانب الآخر فقد بينت الدراسات أهمية "صفات الشخصية وميولها وقدراتها" ومدى ملاءمتها لمهنة معينة، واستبعاد مهن أخرى لاتلائمها، مما ساهم في تطوير قياس الشخصية واختباراتها، وفي ظهور أخصائيين ومراكز للتوجيه "النفسي المهني".

وتمت تطبيقات ذلك بنجاح في سوق العمل والجامعات والمعاهد الفنية وغيرها. مما يعني أن ممارسة الشخص لمهنة تتناسب مع قدراته وصفاته يعتبر أساسياً في نجاحه وتكيفه المهني وفي صحته النفسية أيضاً.

والحقيقة أنه نظراً لتغيرات سوق العمل وانتشار البطالة والاضطرار إلى ممارسة أي عمل متوفر، فإن النظريات والدراسات المتعلقة بالشخصية والاضطرابات النفسية والمهنة قد واجهت صعوبات إضافية في فهمها للاستعدادات والقدرات المرضية والتكيفية على حد سواء مما أدى إلى تغير النتائج وتناقضها في بعض الأحيان.

ومثلاً فإن التنقل من مهنة لأخرى مع وجود فترات من البطالة أصبح جزءاً "طبيعياً ومألوفاً" من الصورة العامة للقوانين الاقتصادية السائدة في عصرنا الحديث. ويحدث ذلك في كثير من الحالات بشكل إلزامي وليس اختيارياً من قبل الفرد. بينما يعتبر المفهوم النفسي التقليدي أن تغيير المهنة باستمرار يدل على

الفصام أو الهوس أو أنه دليل على وجود صفات الشخصية المضادة للمجتمع .

وأخيراً لابد من التأكيد على ضرورة الاستفادة من قضايا التوجيه المهني النفسي وتطبيقاتها في بلادنا . وأيضاً ضرورة دراسة "المهنة" وظروفها وعلاقتها بالاضطرابات النفسية المتنوعة في واقعنا العملي ، والاستفادة من الدراسات الغربية في هذا المجال دون تعميمات خاطئة متسرعة . .

ولابد من تعاون المهتمين والمسؤولين في هذا الميدان مع الاختصاصين من أطباء نفسيين (Psychiatrists) وأخصائيين نفسيين (Psychologists) والمختصين في علم النفس الصناعي والمهني (Occupational,Industrial Psychologists) إضافة لغيرهم من الخبراء والمستشارين (Councelors) من أجل تقديم الخدمات النفسية العلاجية والإرشادية اللازمة والمناسبة ، والقيام بإجراء الدراسات والأبحاث والندوات وتبادل المعلومات والخبرات .

ويبقى هذا المجال حيوياً ومشوقاً ومفتوحاً للمساهمة فيه وفي تطوير ميدان "الطب النفسي المهني والوقائي" والذي لايزال في مرحلة البدايات الأولى .

٣ أدوية الضعف الجنسي (ڤياغرا) من النواحي لنفسية

مما لاشك فيه أن اضطرابات الوظيفة الجنسية هي من الاضطرابات الشائعة في جميع المجتمعات . . ويساهم الطب النفسي مع عدد من فروع الطب الأخرى مثل الجراحة التناسلية وطب الأمراض النسائية وطب الأمراض الجلدية والتناسلية في ميدان الاضطرابات الجنسية .

وإذا تحدثنا عن الضعف الجنسي عند الذكور نجد أن " هاجس الأداء الجنسي والقوة الجنسية " قديم في تاريخ البشرية . . وهناك عشرات من الطرق المتنوعة التي فكر فيها الإنسان وابتكرها لتحسين أدائه الجنسي وتأكيد قوته . . ومنها تناول أعشاب خاصة أو طعام معين أو القيام بأشكال من الطقوس والرقصات واستعمال جلود بعض الحيوانات أو أجزاء منها وغير ذلك كثير وغريب .

وفي الطب الحديث هناك عدد من العمليات الجراحية التي تساهم بإعادة الوظيفة الجنسية المضطربة إلى طبيعتها أو تساعدها في ذلك . كما أن هناك عدد من الأدوية المتنوعة والتي تختلف في فعاليتها وكيفية استخدامها والحالات التي توصف لها .

والدواء الأخير (ڤياغرا) الذي تم تصنيعه وتسويقه مؤخراً يعتبر كشفاً علمياً هاماً ويمكن أن يساعد كثيراً من المرضى . والمعلومات الحالية عنه تفيد بأنه دواء فعال ومفيد وآثاره الجانبية

قليلة عموماً . ويجب أن يوصف بإشراف الطبيب لأنه يتعارض مع بعض الأدوية القلبية وأدوية أخرى . وله جرعات محددة وهي ٥٠ ملغ تؤخذ قبل حوالي ساعة من المناسبة الجنسية ولمرة واحدة على الأكثر في اليوم .

وهو يفيد في حالات صعوبة الانتصاب الناتجة عن إصابات النخاع الشوكي والاكتئاب وارتفاع ضغط الدم والسكري وغير ذلك . وتتفاوت نسبة الاستجابة للدواء من حالة لأخرى وفقاً للتشخيص ونوعية الاضطراب .

وهذا الدواء وافقت عليه هيئة الدواء الأمريكية بعد إجراء التجارب والدراسات العلمية الضرورية من حيث الفعالية والأمان والآثار الجانبية وغير ذلك .

ويبدو أن استعمال الدواء قد تجاوز المعايير الطبية المعروفة وأدى ذلك إلى مخاطر ومشكلات طبية واجتماعية وشائعات متنوعة .

والنظرة الطبية تؤكد على "حسن استعمال الدواء" وليس سوء الاستعمال . . وذلك بالنسبة لجميع الأدوية بما فيها الأدوية الجنسية . وأيضاً لابد من التريث في إطلاق الأحكام على أي دواء حديث ولو تمت الموافقة عليه لأن الاستعمال الواسع للدواء يعطي معلومات هامة عنه مما يمكن أن يعدل المعلومات الأولى أو يغيرها . ومن المعروف أن عدداً من الأدوية قد تم سحبها وإنهاء الموافقة

عليها بعد فترة من استعمالها في مختلف المجالات الطبية . وهكذا حال الطب والعلم التجريبي لأنه في أحسن أحواله نسبي وليس فيه حقائق مطلقة ونهائية .

ومن الناحية النفسية لابد من التأكيد على أهمية العوامل النفسية في نشوء الاضطرابات الجنسية عند الذكور وعند الإناث . والإحصائيات القديمة تبين أن ٩٠٪ من صعوبة الانتصاب سببها نفسي والدراسات الحديثة تؤكد أن نسبتها ٥٠-٦٥٪ .

والأسباب النفسية عديدة . . ومنها المشكلات الزوجية والقلق والاكتئاب والعقد الجنسية والخوف من الفشل والشعور بالذنب . . إضافة لضعف الثقة بالنفس والتجارب الجنسية الخاطئة وغير ذلك .

ويعتمد العلاج الجنسي على تبديد المخاوف وتصحيح المعلومات الخاطئة حول الأمور الجنسية ، وعلى إزالة الحساسية السلبية المرتبطة بالأداء الجنسي ، وعلى عدد من التدريبات المشتركة مع الشريك الزوجي بهدف إعادة الثقة والأمان بينهما وإعادة الاستجابة الطبيعية .

كما أن العلاج النفسي الأسري والفردي يساهم في تخلص الفرد من عقده الخاصة وقلقه الجنسي ويساهم في تشجيع التعامل الإيجابي والسلوك الناضج والمتوازن مع زوجه، مما يضمن تحسن الاضطراب الجنسي وتحسن العلاقة الزوجية أيضاً . ويستفاد في

الطب الجنسي النفسي من أساليب أخرى . . ومنها بعض الأدوية . ودواء "ڤياغرا" يمكن الاستفادة منه في النواحي النفسية إذا استعمل بشكل مؤقت حيث يساهم "تحسن الأداء" في تعديل نظرة المريض عن نفسه وفي تشجيعه على التخلص من عقده وقلقه وغير ذلك .

ولابد من التأكيد أن الإنسان "جسم وعقل وروح" وهو "كائن اجتماعي" يمارس وظائفه الطبيعية ضمن المجتمع البشري . وتأكيد مادية الإنسان والنظر إليه على أنه مجموعة من الأعضاء المتصلة . . يعني نظرة ضيقة وخيالية لايمكنها مهما بلغت في دقتها أن تقدم الأجوبة الشافية والشاملة لمشكلات البشر الطبية والجنسية . والإفراط في تطبيق الأمور المادية يحول الإنسان إلى "شيء أو آلة متحركة أو غير متحركة" . . وفي ذلك ظلم له وإنحراف في النظر إليه .

وفي النهاية لابد من التأكيد على أن الطب الحديث يمكن أن يقدم فوائد عديدة للإنسان . ومن المتوقع أن يزداد الإهتمام بالمشكلات الجنسية وعلاجاتها . . وبعض العلاجات لاتقدم كثيراً وبعضها أنجح من بعض .

ولابد من النظر للوظيفة الجنسية ضمن إطارها الصحيح المتكامل من النواحي العضوية والنفسية والاجتماعية . . وإلا فإن الفشل والإحباط والمشكلات الإضافية هو المتوقع .

ولايمكن أن تصلح حبة دواء تركيبة الإنسان النفسية أو مشكلته الزوجية إلا في الخيال أو التفكير السحري غير الواقعي .

ومن المتوقع ازدياد سوء استعمال الأدوية التي تعالج اضطراب الوظيفة الجنسية من قبل أشخاص ليسوا بحاجة إليها . وذلك لأن وجود دواء يؤثر على الوظيفة الجنسية يداعب خيالات البحث عن القوة والمتعة الكاملة ، وهي خيالات ذات أساس طفولي ومراهق ولكنها عميقة ولها جوانب لا شعورية وتأتي الدعاية والشائعات والأفكار السطحية المتداولة لتزيد من هذه الدوافع وتثبت أخطاءها وعدم واقعيتها مما يمكن أن ينتج عن ذلك مشكلات جديدة قد تكون خطيرة إضافة إلى القلق والإحباط والاضطراب الجنسي . .

٤ أمراض السرطان من الناحية النفسية وكيفية التعامل معها

مما لاشك فيه أن أمراض السرطان تشكل مجموعة من أهم الأمراض التي تصيب الإنسان وهي ليست نادرة ، وتصيب مختلف الأعمار . . والقاعدة العامة أنها تؤدي إلى التدهور الصحي العام والأعراض المرضية الشديدة وتنتهي بالوفاة خلال فترة محددة .

وبالطبع فإن بعض أنواع السرطانات أقل خطورة ويمكن علاجها والسيطرة عليها ولاسيما إذا اكتشفت مبكرة ، كما أن هناك عدد من العلاجات المتوفرة والتي أمكن لها أن تحسن من الحالة المرضية وتطوراتها .

والأمراض السرطانية تعني حدوث التكاثر الخلوي العشوائي مما يؤدي إلى ظهور الورم الخبيث في أحد أعضاء الجسم أو مكوناته . . والحقيقة أن خلايا الجسم الموجودة في معظم الأنسجة تتوالد وتتكاثر وتموت بشكل مستمر وإذا أخطأت بعض الخلايا في نموها وتكاثرها فإن الجهاز المناعي الخاص بالجسم يسيطر على هذه الخلايا الشاذة الناتجة ويمنعها من التطور إلى ورم خبيث .
ويبدو أن وظيفة هذا الجهاز المناعي يصيبها الإختلال ولاتعود قادرة على مراقبة الخلايا الشاذة مما يؤدي إلى ظهور الأورام . وهذا

الإختلال يمكن أن تسببه عوامل عديدة وفقاً للنظريات الحالية في تفسير السرطان . ومن هذه العوامل . . العوامل الوراثية والكيميائية والبيئية ، ومنها التلوث واستعمال المواد الكيميائية والملونة المتنوعة وأيضاً العادات الغذائية والشخصية .

ومن النظريات الحالية الهامة التأكيد على أهمية العوامل النفسية مثل الضغط والتوتر واليأس المزمن وتجارب الفقدان وغيرها من حيث تأثيرها على التركيبة الكيمائية العضوية لجسم الإنسان ، وأيضاً تأثيرها على الجهاز المناعي والذي يمثل جهاز الدفاع الطبيعي للجسم . وربما تساهم العوامل النفسية من خلال تفاعلها مع عوامل أخرى في ضعف الجهاز المناعي وبالتالي ظهور السرطان وتطوره . . وفي الوقت الحالي أصبح معروفاً وشائعاً أن مقاومة المرض وعدم الاستسلام له يساهم في التخفيف من تطور مختلف الأورام الخبيثة وربما يكون ذلك من خلال تنشيط وإثارة الجهاز المناعي ، كما أن الاكتئاب والإنهيار يضعف مقاومة الجسم العامة ويزيد من نشاط الأورام .

ولابد من التعامل مع مرض السرطان بشكل واقعي وعملي وتختلف شخصيات الناس وقوتها وأفكارها وثقافتها وظروفها ولابد من تحديد وضع المريض الصحي ودرجة تطور المرض لديه وأيضاً الإهتمام بالأعراض الخاصة التي يشعر بها . . ولايمكن إتخاذ قاعدة عامة في جميع الحالات . . ويحتاج المريض إلى

الدعم النفسي والتشجيع دائماً ولاسيما في الحالات الخفيفة أو المتوسطة. . وفي الحالات الميؤوس منها والمتدهورة لابد من تخفيف أعراض المرض ومساعدة المريض على تقبل المرض والحقيقة والاستعداد لرحلة الموت وإجراء الترتيبات اللازمة لذلك. ومن الضروري أن يمارس الإنسان حياته ونشاطاته الممكنة " وأن لايموت قبل أوانه " بسبب الرعب واليأس والاستسلام. . وبعض المرضى يصابون بالاكتئاب الشديد ويبقون بلا حراك بانتظار الموت ولابد من مساعدة هؤلاء والتخفيف من يأسهم ومعاناتهم .

وبعضهم الآخر يلوم نفسه ويؤنبها ويحاسبها أو يلوم غيره ويتهمه بحدوث المرض . . ولابد من التأكيد هنا على أن أمراض السرطان بمعظمها لاتزال أسبابها غامضة وغير أكيدة من الناحية العلمية وهناك عديد من الفرضيات والنظريات التقريبية ولايزال البحث العلمي دؤوباً في هذا المجال ، وأيضاً في ميدان البحث عن العلاجات الناجحة والمفيدة .

كما أن بعض المرضى يتعلق بالخرافات وبأشكال من المشعوذين والمحتالين بحثاً عن الشفاء والمعافاة دون طائل وهنا يحتاج المريض إلى مساعدة الأهل وإرشاد الأطباء له لطلب الوسائل المفيدة والمعروفة من العلاجات الطبية .

ولابد من مساعدة المريض على التعامل مع مرضه وأعراضه

وفقاً لطبيعتها ودرجتها دون يأس مفرط أو أمل خادع . ولابد من إعادة النظر في موقف الإنسان من الحياة والموت والإعداد الضروري لمواجهة الحياة ومشكلاتها وأيضاً لمواجهة الموت إن عاجلاً أو آجلاً .

وتلعب العوامل الروحية والدينية دوراً هاماً في توافق الإنسان مع نفسه في صراعه مع مشكلات الأمراض الخطيرة ومنها الأمراض السرطانية . . ولابد من تعامل الإنسان مع قدره بصبر واحتساب ورضا دون إهمال العلاج الممكن أو التخلي عن إصلاح مايمكن إصلاحه دون يأس أو قنوط أو استسلام .

٥ المعاقون والطب النفسي

تشمل الإعاقات مجموعة من الأمراض والاضطرابات الجسمية والعصبية . . ومنها نقص الحواس أو فقدان بعضها مثل ضعف البصر والعمى وضعف السمع والصمم والشلل في أحد الأطراف أو أكثر ، وأيضاً الضعف العضلي وتشنج العضلات وغير ذلك من تشوهات الجسم المتنوعة .

وبعض هذه الإعاقات لها أسباب وراثية معروفة ، كما أن عدداً من الإعاقات ينتج عن إصابة مرضية عضوية في المراحل الحرجة من نمو الطفل ، أما الأسباب المكتسبة فقد أصبحت واسعة الانتشار مثل حوادث السير والعنف وسوء استعمال الأجهزة الكهربائية إضافة للحروب والكوارث الطبيعية . وتختلف شدة تأثير الإعاقة على الشخص وفقاً لظروفه ومحيطه الخاص به ، والإعاقة الظاهرية أكثر شدة من حيث تأثيراتها الاجتماعية والنفسية .

ومما لاشك فيه أن مفهوم الإعاقة هو مفهوم نسبي . . وهذه هي النظرة العلمية والإنسانية المتوازنة ، وبعض الباحثين ضمّن مفهوم الإعاقة كثيراً من الأمراض الجسمية الشائعة وأيضاً عدداً من الاضطرابات والأمراض النفسية المزمنة .

والحقيقة أن هناك درجات شديدة من الإعاقة وأيضاً درجات

متوسطة وخفيفة . ومما لاشك فيه أن نقص القدرات الجسمية والعقلية ونقص القدرة على الفاعلية الطبيعية والأداء العملي يمكن أن يصيب كثيراً من الناس وبدرجات متفاوتة خلال المراحل الحياتية المختلفة . . ويمكن "لضعف النظر" مثلاً أن يصبح "إعاقة" عملية واضحة لإنسان تتطلب مهنته درجة عالية من حدة البصر مما يستدعي تغيير مهنته . . كما أن وجود "رجفة" خفيفة في اليدين وبشكل مزمن يمكن أن يعيق الإنسان عن قبوله في مهنة طيار مدني أو حربي . . مع أنه يستطيع القيام بمهمات وأعمال أخرى كثيرة . وهذه "النظرة النسبية" لموضوع الإعاقة تفتح آفاقاً علاجية متفائلة وتساعد على التعامل بشكل إيجابي ومفيد مع مختلف أنواع الإعاقات بالنسبة للمصاب نفسه أو من حوله من الأهل والمعارف وبالنسبة للمجتمع الكبير أيضاً . فالصحة والمرض لاتفصل بينهما حدود نهائية ولايمكن للإنسان أن يتمتع بصحة كاملة طوال العمر .

وهكذا فالإعاقة نسبية . . حيث يخسر الإنسان قدرات معينة ولكن لديه قدرات أخرى يمكن الاستفادة منها والمحافظة عليها واستثمارها بشكل مفيد وفعال ، مما يجعل الإنسان يعيش بقدرات أكبر دون تعطيل أو يأس أو إحباط مبالغ فيه .

وتختلف ردود الفعل النفسية تجاه الإعاقة وفقاً لتركيبة شخصية الفرد وصفاته وحساسيته وأفكاره عن نفسه وأيضاً ظروفه ونظرة الآخرين إليه .

وأكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى المعاقين هي مايسمى "سوء التكيف" مع الإعاقة والذي يأخذ أشكالاً اكتئابية أو أشكالاً من القلق والتوتر والعصبية أو أشكالاً مختلطة بينهما . . ويمكن أن يكون ذلك عابراً أو مؤقتاً أو أن يصبح مزمناً .

ويمكن لأساليب التعويض الطبيعية والتي تعني تضخم قدرات أخرى عند الإنسان لتعويضماينقصه أن تصبح "عصابية" ومبالغ فيها بحيث تصبح أساليباً مرضية لاترتوي ولاتضمن للمعاق توازناً أو سعادة أو صحة بسبب المبالغة فيها دون حدود ، وهذا مايجعل شخصية المعاق صعبة أو عدوانية أو متطرفة في بعض الأحيان وبشكل قد يستمر سنوات طويلة ، أو أن ذلك يتحسن مع التجارب الناجحة والنضج والزمن .

وتكثر مشكلات المعاق الاجتماعية من حيث علاقاته الاجتماعية وتعامله مع الآخرين ومن ذلك "الرهاب الاجتماعي" أو الخوف الاجتماعي .

وأيضاً يحدث الإنسحاب من العلاقات الاجتماعية والانطواء خوفاً من النقد والسخرية والتقييم السلبي للمعاق من الآخرين . . وهذا ما يستدعي بالدرجة الأولى ضرورة تغيير المفاهيم العامة حول الإعاقة وضرورة تقبل "المعاق" على أنه فرد صالح ومفيد في المجتمع .

وقد وجدت الدراسات أن "السليم" يشعر بالحرج

والارتباك والغرابة "والنقص" وعدم التقبل في مجتمع "المعاقين" الخاص ، حيث أن هذا المجتمع الخاص قد هيأ أدواته وبيئته بشكل يتناسب مع الإعاقة وغير المعاق سيجد صعوبات كثيرة في التكيف !!

ولابد من الإشارة إلى أن أسرة "المعاق" تصاب باضطرابات خاصة وأن درجة من الحزن واليأس والشعور بالذنب والنقص يمكن لها أن تشكل معاناة للأم أو الأب أو الأخوة أو لجميعهم مما يستدعي ضرورة تفهم ذلك ومساعدة الأهل إضافة للمعاق نفسه على التخفيف من المعاناة النفسية وعلاج الاضطرابات الواضحة بشكل مناسب .

ويشمل العلاج . . العلاج الدوائي والنفسي والإرشادي وأيضاً التأهيل بمختلف أنواعه مما يضمن تقبلاً للحقيقة الواقعية وهي الإعاقة والبحث عن أفضل الطرق للتعامل مع ذلك دون يأس معطل لقدرات المعاق الأخرى الطبيعية ودون تفاؤل خيالي لاداعي له ولايمكن تحقيقه . . ولابد من تقييم الحالات كل على حدة ومعرفة إمكانيات المعاق ومايمكن تطويره وأيضاً مالايمكن الوصول إليه . . وهذا مايمثل التكيف الناجح الإيجابي مع الواقع والذي يعتبر حجر الأساس في الصحة النفسية للجميع . ويقول أحد علماء النفس : أن "الإنسان" (كل إنسان) لديه شعور عميق بالنقص وأنه يسعى طوال حياته لأن يثبت نفسه وقدراته وهو

يحاول التعويض عن نواقصه بشتى الأساليب وهو ينجح في بعض الأحيان ولكن يبقى القلق والبحث المستمر عن الأفضل مصاحباً له وبدرجات متفاوتة تتناسب مع صحته النفسية .

وهكذا يبدو أن لكل منا نقصه وإعاقته ولابد من إدراك ذلك وتعديل مايمكن تعديله بجد واجتهاد ودأب ولابد من تقبل الحياة وتكييفها بما يتناسب مع الجميع .

٦ الرسم والعلاج النفسي

يعتبر الرسم أحد الأساليب الأساسية التعبيرية التي يملكها الإنسان ، وهو يمثل قدرة ثقافية يترفع بها عن عالم الحيوان مثلها في ذلك استعمال اللغة ومختلف أنواع الفنون .

ومن خلال الرسم يمكن للإنسان أن يسيطر على الموضوعات والأشياء التي يرسمها والتي تشكل له توتراً وقلقاً . والإنسان القديم مثلاً رسم الحيوانات المفترسة مما ساعده في السيطرة عليها ومكنه من تخفيف خطرها وبالتالي أعطاه ذلك إحساساً خاصاً بالأمان والقوة .

والتعبير عن النفس والعقل وما بداخله من تصور وانفعالات وخيالات يعتبر أسلوباً مفيداً من الناحية النفسية ، وهذا مايسمى بتأثير "التنفيس الانفعالي" وتشترك الفنون بأشكالها المتنوعة إضافة للتعبير اللغوي الكلامي في هذه الوظيفة .

ويتميز التعبير عن طريق الرسم بأنه يبدع أشكالاً وصوراً يمكن النظر إليها والاحتفاظ بها وأيضاً تبادلها وعرضها على الآخرين ، وهكذا يكون العمل الفني المنتهي تشجيعاً للذات وتقوية لها ودعماً . وبالطبع فإن الآثار المفيدة الناتجة عن الرسم وغيره من الفنون ليست آثاراً عابرة ومؤقتة وتنفيسية لاسيما إذا جرى استعمالها بشكل منظم وضمن علاقة علاجية محددة ، وهذا

مايسمى بالعلاج بالفن وهو علاج نفسي مستقل بذاته وحديث نسبياً ، تطور واتضحت معالمه في بدايات السبعينات من هذا القرن وهو يعتبر أحد أشكال العلاج النفسي الذي يمكن أن تستفيد منه مجموعة كبيرة من المرضى في مختلف الاضطرابات النفسية البسيطة والشديدة .

والحقيقة أن استخدام الأساليب الفنية المتنوعة في ميدان الطب النفسي له تاريخ طويل لما فيه من الوظائف التعبيرية والترويحية والداعمة للمريض النفسي ، وقد ارتبط ذلك بما يسمى بالتأهيل النفسي والعلاج بالعمل والنشاطات المختلفة .

والاتجاه الحديث تجاوز المعاني التأهيلية والترويحية وأصبح لدينا الآن عدد من أساليب العلاج النفسي المحددة مثل العلاج بالرسم والعلاج بالتمثيل وغير ذلك .

وإذا تحدثنا عن الرسم وفوائده العلاجية نجد أن الرسم هو استعمال منظم " للخيال والحلم " وفيه " حرية وتلقائية تعبيرية " عن مكنونات النفس وعن آلامها ومعاناتهاوخيالاتها من خلال الصور واللون والتشكيل والرموز . وفيه يمكن " إعطاء شكل وصورة " لأشياء لايمكن الحديث عنها في كلمات بسبب الانفعالات الشديدة المرتبطة بها أو بسبب التناقضات العديدة والفوضى التي تتفاعل في داخلنا . ونجد أن هناك " حوار مستمراً " شعورياً ولاشعورياً بين اللوحة والفنان الذي يرسمها . وهو يضيف

لوناً أو يعدل شكلاً إلى أن يرضى عن عمله ويعتبره منتهياً . وهنا تتوضح الجوانب الاجتماعية وقضية " التواصل مع الآخر " والحوار معه ومشاركته ، والتي تعني أن أي عمل فني هو صياغة إبداعية وجديدة تهدف إلى التعبير عن الذات بشكل توضيحي يمكن للآخر أن يفهمه ويستفيد منه ، وفي الوقت نفسه يمارس الفنان تعديلاً وتجديداً لما يتفاعل في داخله من رؤى وصور وأفكار وذكريات ومشاعر مما يمكن له أن يساهم في إيجاد حلول فنية وعملية لمشكلاته الخاصة والعامة .

وتتنوع الأسباب والدوافع التي تدفعنا للرسم . . ويمثل الرسم عموماً نوعاً من " اللعب " بالمعنى النفسي العميق . والبعض يرسم وهو في حالة اكتئابية كي يسيطر على يأسه وحزنه والبعض الآخر يرسم في حالات القلق والخطر والتوتر مما يساعده على التخفيف من توتره ويعطيه استرخاءً وانتصاراً وإحساساً بالروعة والإنجاز . كما أن البعض الآخر يحاول تأكيد ذاته وإثباتها وغير ذلك من الأسباب العديدة . ولابد من الإشارة إلى أهمية الإحباطات الكثيرة التي يتعرض لها الانسان في طفولته الطويلة والتي تؤكد الحاجة إلى الإشباع عن الطريق التخيلي والخيالي والفني إضافة إلى الإحباطات الحالية التي يتعرض لها الإنسان في مراحل حياته المختلفة والتي تغذي ضرورة التعبير عنها بمختلف الأشكال العادية والفنية .

والحقيقة أن الفن هو "عمل ذو هدف" وهناك درجة من السيطرة عليه وهو بذلك يختلف عن الحلم أو الخيال. ويتميز الفنان بقدرته على دخول مناطق داخلية ولاشعورية تمتلىء بالمكبوتات والرغبات والمخاوف بدرجة من المرونة واليسر لم يتعود عليها الإنسان العادي. وهو يستطيع أن يحول أشياء ثقيلة وصعبة التحمل إلى أشكال وصور يمكن فهمها واحتمالها. كما أنه يستطيع أن يتراجع إلى مراحل الطفولة وذكرياتها المتنوعة وأن يعبر عنها بدرجة من الضبط والسيطرة تخدم ذاته وشخصيته ويحافظ من خلال ذلك على توازنه وصحته بشكل أفضل من الإنسان العادي الذي تعود أن يكون واقعياً عملياً يطرد من وعيه وشعوره كل مايمكن أن يعكر صفوه ويسيىء إلى مظاهر شخصيته الاجتماعية العادية.

ويمكننا القول أن الإبداع هو "تكيف ناجح" بينما تعتبر الأعراض المرضية النفسية تكيف ناقص وفاشل. حيث يستطيع الفنان أن يتحمل الغموض والتناقض في داخله وهو ينتقل ويتحرك بسهولة بين الشعور واللاشعور موحداً ومنظماً بين الأضداد والصور الغريبة والرغبات المتنوعة والانفعالات بشكل إبداعي مما يعطيه تكاملاً أكبر في شخصيته.

ومما لاشك فيه أن الفنان يعيد إنتاج واقعه الذاتي وواقع ما حوله برؤية جمالية وفنية جديدة. ويمكن له أن يحاكي الطبيعة وما

فيها ويمكن له أن يخلق أعمالاً وإبداعات تجعله يقارب السحرة والمشعوذين في الخيال العام . وهو يحقق "أمنيات نرجسية" في خلق الأشياء والصور مما جعله يتبوأ منزلة خاصة تتضارب حولها الآراء بين مشجع ومؤيد وبين ناقد ومسفه . ومما لاشك فيه أن الفن له جوانبه الاجتماعية والفكرية والدينية وهناك ضوابط عامة ترتبط بالمجتمع والثقافة وهي تتغير وفقاً للظروف والمراحل ، ويبقى الجمال والبحث عنه وإبداعه قيمة إنسانية هامة مثلها مثل الخير والحق والعدل تحلق فوق الظروف بعد أن ترتبط بها . والرغبات الفنية يمكن إعتبارها جزءاً من الدوافع الفطرية والغريزية لدى الإنسان . والحقيقة أن القدرات الفنية يمكن تدريبها وتطويرها وصقلها وهي ترتبط أساساً بقدرات فطرية وغريزية وحساسية عصبية خاصة تشارك فيها الحواس البصرية واللمسية والعضلية والمكونات العقلية مثل الانتباه والذاكرة والتخيل . وتحتاج العملية الإبداعية "لانتباه عائم ومشتت" يناقض التفكير المنطقي المعتاد وأن" ترى مالا يُرى" . وبعض الأشخاص يبدون ميولاً فنية خاصة ، وبعضهم الآخر يتذوق الفن ولايمارسه . وفي العلاج بالفن لايشترط وجود مهارات خاصة أبداً لأن المقصود ليس احتراف الفن واتخاذه طريقة حياة . ويمكن لعدد من الأشخاص في مختلف الاضطرابات النفسية الاستفادة من الرسم والفن . وفي حالات الأطفال المتنوعة يشكل الرسم أداة مثيرة ومفيدة بسبب

نقص قدرات الأطفال على التعبير اللغوي اللفظي . وفي حالات الكبار التي يتعذر فيها التعبير اللفظي والاجتماعي لأي سبب كان ، يبرز التعبير من خلال الرسم كوسيلة علاجية ناجحة تعزز الثقة بالنفس وتفتح باب الحوار مع الآخرين . كما تساهم في فهم الإنسان لمكوناته وأحاسيسه وصراعاته وتمهد له الطريق لاكتشاف حياته في جوانبها المتعددة ، مما يعطيه القدرة والقوة في النظر إليها والتكيف معها وتعديلها وإصلاح ما يمكن إصلاحه فيها .

الفصل الثاني

الاضطرابات النفسية الشائعة وعلاجاتها

١ - الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين . . نظرة سريعة .
٢ - التخلف العقلي : مظاهره . . أسبابه . . وطرق العلاج والوقاية
* ملحق رقم (١) : مراحل النضج العقلي ونمو الذكاء .
* ملحق رقم (٢) : أنواع التخلف العقلي .
* ملحق رقم (٣) : أسباب التخلف العقلي .
* ملحق رقم (٤) : مخطط علاج حالات التخلف العقلي .
٣- اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط : مظاهره . . أسبابه . . وطرق العلاج .
* ملحق رقم (١) : تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط .
* ملحق رقم (٢) : التشخيص التفريقي لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط .
٤ - الاضطراب التوحدي : مظاهره . . أسبابه . . وطرق العلاج .
* ملحق رقم (١) تشخيص الاضطراب التوحدي .
* ملحق رقم (٢) قائمة مساعدة في تشخيص الاضطراب التوحدي .
* ملحق رقم (٣) التحليل السلوكي لاضطراب السلوك .
* ملحق رقم (٤) قائمة بالمكافآت (المدعمات) .
٥- التبول اللاإرادي عند الأطفال : مظاهره . . أسبابه . . وطرق العلاج .
* ملحق رقم (١) مخطط علاج التبول اللاإرادي .
٦- الخرس الانتقائي (الصمت الاختياري) عند الأطفال والمراهقين .
٧- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (عند الكبار) واضطراب انحراف السلوك عند الأطفال والمراهقين : المظاهر والأعراض . . الأسباب وطرق العلاج .
٨- اكتئاب مابعد الولادة . . ملاحظات .
٩- محاولات الانتحار . . ملاحظات .

١ الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين : نظرة سريعة

إن معظم الاضطرابات النفسية التي تصيب الكبار يمكن لها أن تصيب الأطفال أيضاً . ومن الناحية العيادية فإن أكثر الاضطرابات انتشاراً هي اضطرابات القلق العام والهلع والمخاوف المتنوعة ومنها الخوف الاجتماعي وأيضاً اضطراب الوسواس القهري إضافة للفصام والاكتئاب . وأما الاضطرابات الخاصة بالطفولة فأهمها نقص الانتباه/ فرط الحركة والتوحد والخوف من المدرسة والتبول اللاإرادي والتأتأة إضافة لاضطراب السلوك كالسلوك المنحرف والمعارضة وغير ذلك . وهذه المجموعة من الاضطرابات النفسية تظهر بالتحديد في سن الطفولة أو المراهقة ، وهي ترتبط بالنمو ومراحله المختلفة . و بعض هذه الاضطرابات خطير ومزمن وبعضها يتحسن أو يشفى مع التقدم في العمر . وكثير من هذه الاضطرابات تشكل الشكل الأولي والتمهيدي أو السلف لاضطرابات الكبار .

ولابد من التأكيد على أهمية هذا الجانب الواسع من مجال الطب النفسي والذي أصبح اختصاصاً فرعياً منه . . وهو طب نفس الأطفال . وفيما يلي قائمة بالاضطرابات النفسية التي تظهر بالتحديد في سن الطفولة أو المراهقة :

١ - التخلف العقلي : وله أربع درجات ، خفيفة ومتوسطة وشديدة وشديدة جداً (أنظر إلى الموضوع الثاني في هذا الفصل وفيه تفاصيل دقيقة عن التخلف العقلي) .

٢ - اضطرابات التعلم (Learning Disorders) وهي تشمل اضطرابات القراءة (Reading Disorders) واضطرابات الحساب (Mathematics Disorders) واضطراب التعبير الكتابي (Disorder of Written expression) .

٣- اضطرابه المهارات الحركية (Motor Skills Disorder) وتعني اضطرابات في التوافق الحركي العضلي ونقص في المهارات التي تتطلب الأداء الحركي الدقيق .

٤ - الاضطرابات النمائية المتعممة (Pervasive Developmental Disorders) وهي تشمل الاضطراب التوحدي(Autistic Disor- der) واضطراب ريت (Rett's Disorder) واضطراب الطفولة الانحلالي (Childhood Disintegrative Disorder) واضطراب أسبرغر (Asperger's Disorder) (أنظر إلى الموضوع الرابع في هذا الفصل للمزيد من التفاصيل) .

٥- اضطرابات نقص الانتباه والسلوك المؤذي : (Attention Deficit and Disruptive Behaviour Disorders) وهي تشمل اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة/(Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) واضطراب السلوك المنحرف

(Conduct Disorder) واضطراب السلوك الإعتراضي (المعارضة) (Oppositional Disorder) (أنظر إلى الموضوع الثالث والسابع في هذا الفصل للمزيد من التفاصيل) .

٦- اضطرابات التغذية والطعام(Feeding and Eating Disor-ders) وهي تشمل الوَحَم (Pica) ويعني اشتهاء أطعمة لاتؤكل كالتراب وغيره واضطراب الاجترار (Rumination Disorder)

٧- اضطرابات العرة (Tic Disorders) وتعني النفضات العضلية السريعة في الوجه أو في الجسم أو في الصوت وتشمل اضطراب توريت (Tourette's Disorder) واضطراب العرة الحركية أو الصوتية المزمنة (Chronic Motor Tic or Vocal Tic Disorders) واضطراب العرة المؤقت (العابر) (Transient Tic Disorder) .

٨- اضطرابات التخاطب (Communications Disorders) وتشمل اضطراب اللغة التعبيري(Expressive Language Dis-order) واضطراب اللغة التعبيري والاستقبالي المختلط (Mixed Receptive Expressive Language Disorder) واضطراب النطق (Phonological Disorder) ويعني أضطراب النطق من حيث الإبدال والحذف والتشويه للكلمات المنطوقة والتأتأة (Stuttering).

٩- اضطرابات الإفراغ (Elimination Disorders) وتشمل التبرز اللإرادي (Encopresis) والتبول اللإرادي (Enuresis) (أنظر إلى الموضوع الخامس في هذا الفصل للمزيد من التفاصيل) .

١٠- اضطرابات أخرى خاصة بمرحلة الطفولة أو المراهقة : وتشمل اضطراب قلق الانفصال (Separation anxiety disor- ders)والخرس الانتقائي (الصمت الإختياري) (Selective Mutism) واضطراب الإرتباط بالآخرين الارتكاسي (التفاعلي) (Reactive Attachment disorders) واضطراب الحركات النمطية التكرارية (Stereotypic Movement Disorders) (أنظر إلى الموضوع السادس في هذا الفصل للمزيد من التفاصيل) .

٢ التخلف العقلي (بطء التعلم)
مظاهره .. أسبابه .. التشخيص والعلاج والوقاية

ملاحظات عامة :

التخلف العقلي معروف منذ القدم . . والحالات الشديدة منه أعتبرت أمراضاً وأودع أصحابها المصحات في بدايات القرن العشرين منذ أن ابتدأ وضع مقاييس الذكاء . وقد لعبت المذاهب الأخلاقية والدينية وحركات حقوق الإنسان دوراً في الأهتمام بهذه الفئة من المرضى لتحسين ظروفها الحياتية والمعيشية . ومنذ الستينات من هذا القرن ظهر مصطلح التطبيع (Normalization) الذي يهدف إلى إخراج المصابين من المؤسسات الخاصة إلى المجتمع الكبير . وذلك من خلال التأكيد على اكتساب المهارات والاعتماد على النفس بشكل أكبر . ولايزال التخلف العقلي محاطاً بكثير من النظرات السلبية المسبقة .

ومجال التخلف العقلي أصبح اختصاصاً فرعياً من الطب النفسي ، ويشترك في أبحاثه النظرية والتطبيقية جهات متنوعة من مختلف العلوم الطبية والعصبية والنفسية والسلوكية وأيضاً مؤسسات الخدمة الاجتماعية والتعليمية والقانونية وغيرها . وقد كان معظم المصابين بحالات التخلف العقلي يعيشون في مشافي كبيرة تحت رعاية الأطباء والممرضات بينما في الوقت الحالي فإن الرعاية التعليمية والاجتماعية يقوم بها المدرسون والأخصائيون

الاجتماعيون . أما الرعاية الطبية فيقوم بها أطباء الأطفال وأطباء الأسـرة ولايزال للطب النفسي دور هام في تنظيم الخدمات المختلفة التي يحتاجها هؤلاء المرضى ، وأيضاً لايزال له دوره الأساسي في تشخيص وتقدير الحالات النفسية والاضطرابات السلوكية المرافقة للتخلف العقلي عند الصغار والكبار .

وفي إشارة إلى اللغة العربية ومفرداتها المتعلقة بالتخلف العقلي . . نجد أن هناك أكثر من أربعين لفظة تدل على التخلف العقلي مثل الأحمق والرقيع والمأفون والأهوج والأخرق (أخبار الحمقى والمغفلين للشيخ الإمام العالم أبي الفرج بن الجوزي المولود في بغداد عام ٥١٠هـ والمتوفى فيها عام ٥٩٧هـ) (أنظر المراجع) .

ومما لاشك فيه أن الطرفة والنكتة وترويح القلوب قد ارتبط بأخبار الغَفْلة (وهي درجة خفيفة من التخلف العقلي) في تاريخنا العربي الإسلامي وغيرنا من الشعوب .

وقد تميز تراثنا بالموقف الإيجابي من " الدراويش " وهو مصطلح ازدهر مع الاتجاهات الصوفية والتي اعتبرت " أن ناقص الذكاء له سر إلهي " وكانت له مكانته الخاصة في نفوس العامة وأذهانهم .

ولابد لنا من النظرة العلمية والواقعية لما يتعرض له الإنسان من اضطرابات وأمراض ، ولابد من محاولة تفهم التخلف العقلي بكل جوانبه وأبعاده وتسليط الأضواء عليه من النواحي الطبية والنفسية .

وتشخيص التخلف العقلي يمكن أن يكون صدمة كبيرة للأسرة التي تأتي بإبنها أو إبنتها للاختصاصيين بحثاً عن حل لمشكلة الطفل . . ولابد من التريث قبل إعطاء مثل هذا التشخيص ولابد من التعرف على جملة من الظروف التي يعيش فيها "الطفل المشكلة" . . ولابد من التعرف على آراء الأم والأب وطريقة دفاعاتهم وسلوكياتهم التي تسبق عرض الطفل على الأخصائي النفسي . وبعض آرائهم وسلوكياتهم مَرَضية وغير واقعية ولاتخدم مصلحة الطفل . . مثل الخوف الشديد من أن يكون الطفل مصاباً بالتخلف العقلي وبالتالي يعطي الأهل معلومات متناقضة عن ذكائه وسلوكه . . وبعضهم يعتبر الطفل ذكياً ويتهم المدرسة بالتقصير . وبعضهم الآخر يتهم الزوج أو الزوجة بالتقصير والإهمال . كما نجد عدداً من الأمهات يستسلمن لليأس والاكتئاب ويتهمن أنفسهن بخطأ ما أثناء الحمل أو الولادة وأن ذلك قد أدى إلى تخلف الطفل . .

وفي كل الحالات يحتاج الأهل إلى مزيد من الوقت والمعلومات الصحيحة والتشجيع والدعم النفسي بما يساعد على التعامل مع مشكلات التخلف العقلي بشكل واقعي وإيجابي دون آمال خادعة أو يأس معطل ، وبما يخدم نمو الطفل نفسه وتكيفه ، وبما يساعد الأسرة على التخفيف من قلقها وخوفها وتحسين سلوكياتها التكيفية والصحية .

مقدمة :

يعتبر التخلف العقلي (Mental Retardation) من المشكلات الشائعة في جميع المجتمعات . وتصل نسبته إلى ١-٣٪ من الناس وهو ينتشر بنسبة أكبر عند الذكور مقارنة مع الإناث (١,٥ ذكور إلى ١ إناث) .

وتتنوع المصطلحات التي تصف هذه الظاهرة ومنها المصطلح الحديث بطء التعلم (Slow Learners) حيث يوصف الطفل بأنه بطيء في قدراته على التعلم بدلاً من القول بأنه (متخلف في نموه العقلي) . ويكتسب هذا المصطلح شعبية ورواجاً ولاسيما أنه لايحمل قدراً واضحاً من الإهانة أو التحقير ، ويشبه ذلك مصطلح الإعاقة التعليمية (Learning Disability) وهو شائع الاستعمال في بريطانيا . والمصطلحات الأخرى مثل الذكاء دون الطبيعي أو نقص الذكاء (Mental Subnormality) تشير إلى التعريف الإحصائي للظاهرة وهي أن درجة الذكاء تقل عن المستوى المتوسط للآخرين وبدرجات مختلفة الشدة . ومصطلح الإعاقة الذهنية (Mental Handicap) يتضمن بعداً قانونياً وطبياً وهو شائع الاستعمال ولايخلو من المعاني السلبية .

وأما المصطلحات القديمة والتي كانت شائعة الاستعمال في مجال الطب النفسي فهي تتضمن مصطلحات لغوية مأخوذة من اللغة العادية وفيها معاني تحقيرية وإهانةمثل البلاهة ومفردها

أبله (Idiocy , Idiot) والحماقة ومفردها أحمق , (Imbecility Imbecile) والغفلة ومفردها مغفل (Moron).

وهذه المصطلحات الثلاثة الأخيرة تتوافق على التوالي مع نسبة نقص الذكاء الشديدة وهي تعادل ذكاء طفل طبيعي في عمر سنتين . ومتوسطة الشدة وتعادل ذكاء طفل طبيعي في عمر ٤ سنوات، والخفيفة وتعادل ذكاء طفل طبيعي في عمر ١٢ سنة .

ويظهر التحلف العقلي ابتداءً من سنين الطفولة وقبل الوصول إلى سن الثامنة عشرة من العمر . وهو يترافق مع صعوبات ونقص في السلوك التوافقي وفي التكيف العام .

وفي تشخيص التخلف العقلي لابد من وجود نقص في الذكاء العام (نسبة الذكاءأقل من ٧٠) مع صعوبات في الأداء والسلوك في إثنين من المجالات التالية : مهارات اللغة والتواصل مع الآخرين - العناية بالذات - العيش في المنزل - التحصيل الأكاديمي المدرسي- المهارات الاجتماعية العامة- توجيه الذات - العمل - الترفيه - الصحة - السلامة .

وهناك أسباب عديدة تؤدي إلى " حالة التخلف العقلي " والتي يمكن إعتبارها النتيجة النهائية لعدد من العمليات المرضية المؤثرة على وظائف الجملة العصبية المركزية أو الدماغ .

وهذا ماجعل تشخيص التخلف العقلي ضمن المحور الثاني في تشخيص الاضطرابات النفسية والذي يتضمن الحالات المزمنة

والأمراض العضوية والإعاقات المختلفة . بينما المحور الأول يتضمن أشكال الاضطرابات النفسية المختلفة التي يعاني منها الفرد والتي تشكل أولوية في التشخيص . وهكذا فالتخلف العقلي كتشخيص له أهميته بالطبع ولكننا في مجال الطب النفسي نؤكد حالياً على الاضطرابات النفسية الأساسية ومايرافقها عند المريض من حالة الذكاء العامة والأمراض العضوية الأخرى وغير ذلك من المحاور التي تعطي صورة أوضح عن المريض وحالته وظروفه .

ولابد من الإشارة إلى أن النضج العقلي ونمو الذكاء يمر بمراحل متعددة وهي تشمل : "النمو والتطور الحركي" وهو يعني المهارة في استخدام الجسم في الجلوس والمشي والصعود والنزول وغير ذلك . و"السلوك التكيفي" ويعني حل المشكلات اليومية ورعاية النفس وأيضاً يشمل غسيل الوجه - التجفيف - الأكل مستقلاً - الاستحمام - تصفيف الشعر - اللبس والخلع وغير ذلك . و"السلوك اللغوي" ويعني استخدام الكلمات والجمل بشكل ملائم والنمو اللغوي بشكل عام . و"السلوك الشخصي والاجتماعي" ويعني اللعب التعاوني - استخدام النقود - تنظيف المنزل أو السرير - حماية النفس وغير ذلك [أنظر إلى الملحق رقم (١) مراحل التخلف العقلي ونمو الذكاء لمزيد من التفاصيل] .

ولأن النضج العقلي يتكون من الجوانب الأربعة السابقة فإنه من المتوقع أن الطفل الطبيعي قد يتطور بإمكاناته في جانب منها

أسرع من الأخرى والعكس صحيح . فالبعض قد يتأخر في السلوك اللغوي ولكن سلوكه التكيفي عادي . والتخلف العقلي يعتمد على التخلف العام في الذكاء والسلوك التكيفي ، وهو يظهر بشكل أساسي بسبب الشكاوى المتعلقة بالسلوك التكيفي للطفل أو المراهق وهذا يعني عدم إستطاعة الفرد التعامل بشكل ناجح مع متطلبات الحياة . كما أن مستوى الاستقلال والاعتماد على النفس أقل من المتوقع مقارنة مع الأشخاص الذين في مثل سنه ضمن الاعتبارات الاجتماعية والثقافية والوسط الذي يعيش فيه الفرد .

والحقيقة أن السلوك التكيفي (Adaptive Behavior) يتأثر بالتحصيل الدراسي والدافعية والصفات الشخصية العامة إضافة لتأثير الفرص الاجتماعية والمهنية والاضطرابات النفسية والصحية التي ربما ترافق التخلف العقلي . وعادة يتحسن السلوك التكيفي عند محاولة تعديله وعلاجه بينما تظل نسبة الذكاء ثابتة نسبياً .

وتقدير السلوك التكيفي يحتاج إلى معلومات متعددة وتقرير مفصل من المدرسة إضافة للقصة الطبية والنفسية وهناك عدد من المقاييس التي تقيس ذلك الأداء .

وأما قياس الذكاء ونقصه فهو أساسي في تشخيص التخلف العقلي وقد كان قصور الذكاء ونقصه عن المعدل العام هو المعيار الأساسي للتشخيص ولكن أضيف إليه في الوقت الراهن معيار

السلوك التكيفي . . والتقسيمات القديمة للتخلف العقلي طرحت خمس درجات لنقص الذكاء وهي :

١ – نسبة الذكاء الحدودية (على الحدود) : وهي تعادل من ٨٥ إلى ٧٠ في نسبة الذكاء .

٢ – نقص خفيف في الذكاء : من ٧٥ إلى ٥٠ نسبة الذكاء .

٣ – نقص متوسط في الذكاء : من ٥٠ إلى ٣٥ نسبة الذكاء .

٤ – نقص شديد في الذكاء : من ٣٥ إلى ٢٠ نسبة الذكاء .

٥ – نقص شديد جداً في الذكاء : أقل من ٢٠ نسبة الذكاء .

ومن المقبول عملياً ونظرياً إعطاء خمس درجات إضافة أو نقصاناً لكل درجات الذكاء بسبب اعتبارات الخطأ في مقاييس الذكاء .

ووفقاً للتقسيمات الحديثة (بعد عام ١٩٨٣) فإن الدرجة الحدودية قد ألغيت وأصبح لدينا أربع درجات من نقص الذكاء وهي خفيفة – متوسطة – شديدة – شديدة جداً .

واختبارات الذكاء عديدة وبدأت منذ بداية القرن العشرين وأهمها مقياس ستانفورد بينيه واختبار وكسلر للذكاء وغير ذلك . ومن الممكن تشخيص التخلف العقلي البسيط في حال كون نسبة الذكاء ٧٠ – ٧٥ في درجة وكسلر للذكاء إذا كان هناك نقص واضح في السلوك التكيفي . . ولايشخص التخلف العقلي إذا كانت نسبة الذكاء أقل بقليل من ٧٠ ولكن لايوجد نقص واضح

في السلوك التكيفي . وعندما يتعذر قياس نسبة الذكاء بسبب عدم التعاون أو في حالة الأطفال صغار السن فإن نوع التخلف يميز بأن "درجته غير محددة" . وعموماً تزداد صعوبة تشخيص نقص الذكاء كلما كان الطفل أصغر سناً .

مظاهر التخلف العقلي وأنواعه :

يتميز التخلف العقلي بتدهور عام في السلوك ، ونقص في الذكاء وفي التعلم وفي الذاكرة للأحداث القريبة . وأيضاً بصعوبة في استعمال المفاهيم المجردة وصعوبة في حل المشكلات المتنوعة . وهناك بطء عام في تطور الذكاء وفي العمليات العقلية المختلفة . ويزداد التفكير العياني (Concrete Thinking) والتفكير الغريب الذاتي غير المنطقي . ونجد أيضاً نقصاً في الانتباه والتركيز . وهناك صعوبات في التعبير الانفعالي وصعوبة في قراءة تعابير وجه الآخرين وفهمهم . ويكون الفهم من خلال السياق العام دون التفاصيل . وهناك صعوبات في فهم المفاتيح والإشارات الاجتماعية والإشارات الانفعالية . ومن الصفات العامة الأخرى عدم تقبل التغيير ومعارضته وأيضاً الجمود أو الانسحاب والذي يعتبر أسلوباً دفاعياً ناتجاً عن قلق عدم الفهم والإدراك . ويتكرر السلوك البدائي تجاه الإحباط والتوتر والذي يتميز بالعدوانية والهياج والتكسير وأيضاً السلوك التكراري وإيذاء الذات . إضافة إلى ذلك يضطرب التفكير المجرد والإحساس بالوقت .

ويعتبر التخلف العقلي الخفيف أكثر أنواع التخلف العقلي انتشاراً ، وهو يشكل حوالي ٨٠٪ من الحالات ، وفيه تكون نسبة الذكاء من ٧٠ إلى ٥٠ . وحالات التخلف العقلي الخفيف تعتبر قابلة للتعليم (Educable) ويمكن أن تتطور لديها درجة من الاستقلال . ويمكن أن يعادل ذكاؤها وسلوكياتها طفل طبيعي في عمر ١٢ سنة . وهذه الحالات لديها قدرات عامة ومهارات اجتماعية ولفظية تطورت خلال المراحل ماقبل المدرسة وربما يكون لديها نقص بسيط في الحواس المختلفة . وغالباً ما تصعب تفرقة هؤلاء الأطفال عن الأطفال العاديين إلا في المراحل التالية من العمر . وفي نهاية مرحلة المراهقة وقبل العشرين من العمر يمكن لهم الوصول إلى مهارات اجتماعية ومهنية مناسبة للحد الأدنى من الاعتماد على الذات ولكن ربما يحتاجون للمراقبة والتوجيه والعون ولاسيما في حالات الضغوط الاجتماعية والاقتصادية . وعموماً يستطيع الأشخاص المصابون بالتخلف العقلي البسيط أن يعيشوا في المجتمع بشكل ناجح وبوجود الدعم المناسب بشكل مستقل أو تحت الإشراف .

أما التخلف العقلي المتوسط فيمكن تسمية حالاته بأنها قابلة للتدريب (Trainable)، ويمكن لها الاستفادة من بعض التعليم . وكثير من هذه الحالات يستطيع الكلام أو يستطيع التفاهم بالحركات وغيرها . وهم يحتاجون إلى الرعاية ولكن يمكنهم أن

يتعلموا رعاية أنفسهم مع المراقبة والتوجيه، وعندما يصبحون كباراً بالغين يمكن لهم القيام بعمل روتيني وأن يجدوا طريقهم ضمن وسطهم. وتكون نسبة الذكاء لديهم من ٥٠ إلى ٣٥ . وهذه الحالات نسبتها حوالي ١٢٪ من حالات التخلف العقلي ويعادل الذكاء فيها والسلوكيات العامة طفل طبيعي إلى عمر ٤ سنوات .

أما حالات التخلف العقلي الشديدة جداً فهي غير قابلة للتدريب أو التعليم بالمعنى العام، وتحتاج إلى رعاية شبه كاملة في مختلف الاحتياجات البدنية ، حيث تكون نسبة الذكاء من ٣٥ إلى صفر . والتخلف العقلي الشديد نسبة انتشاره بالنسبة لحالات التخلف العقلي العامة حوالي ٧٪ . وأما حالات التخلف العقلي الشديد جداً فنسبتها ١٪ من الحالات ، ويعادل الذكاء فيها والسلوكيات العامة طفل طبيعي في عمر سنتين أو أقل .

والحالات الشديدة والشديدة جداً لديها تأخر شديد في النمو في المراحل ماقبل المدرسة ويمكن لبعضهم أن يقوم ببعض السلوك الاجتماعي والكلام البسيط ، وفي حالات التخلف الشديدة جداً نجد أن معظمهم لديهم إصابات عصبية مرضية دماغية تفسر التخلف العقلي لديهم . [أنظر إلى الملحق رقم (٢) أنواع التخلف العقلي] .

الاضطرابات المرافقة للتخلف العقلي :

يترافق التخلف العقلي مع عدد من المشكلات

والاضطرابات النفسية والسلوكية والعضوية . . فالمصابون به يتعرضون مثلاً للاستغلال من الآخرين والإيذاء الجسمي والنفسي، وأيضاً لضياع الحقوق والفرص وهذا مايشكل مشكلات هامة متنوعة .

وأما بالنسبة للصفات الشخصية التي يتصف بها المتخلفون عقلياً فإننا لانجد صفاتاً سلوكية واحدة بل تنوعاً كبيراً . . وبعضهم سلبي ومنكمش وهادىء واعتمادي ، وبعضهم الآخر اندفاعي وعدواني ولاسيما في حالات صعوبات التواصل اللفظي حيث يصبح السلوك العدواني بديلاً عن اللغة اللفظية التواصلية . وبعضهم عنيد ومشاكس ،وبعضهم ضيق الأفق ونظرته للأمور تكرارية غير دقيقة ،وبعضهم يتصف بعدم الإقدام والإبتداء في الكلام أو الأفعال، وبعضهم متهور . . وأيضاً قد يتصف بعضهم بأنه جنسي مفرط أو غير جنسي، وقد يكون المصاب ودوداً ومسالماً كما في تناذر داون، أو نشيطاً ومتحركاً كما في حالات هشاشة الصبغي (Fragile X Syndrome). ويزداد إيذاء النفس من خلال الجروح والرضوض وضرب الرأس والاهتزاز المتكرر أو العنيف وغير ذلك في بعض حالات التخلف العقلي كما في تناذر ليش نيهان (Lesch Nyhan) وغيرها من الحالات .

وتصل نسبة الاضطرابات السلوكية (Behavioal Prob-lems) إلى ٩٪ من الحالات . ونسبة نقص الانتباه وفرط الحركة

(Hyperactivity disorders) تصل إلى حوالي ١٢٪ . كما يرافق التخلف العقلي ظهور حركات نمطية (Stereotypy) تكرارية شديدة في ٥٪ من الحالات .

ويرافق اضطراب التوحد (Autism) حالات التخلف العقلي الخفيفة والشديدة .

كما يظهر الخرف (Dementia) عند عدد من الحالات بعد بلوغها مرحلة الشباب والكهولة كما في حالة الخرف من نوع ألزهايمر (Alzheimer Dementia) في حالات التخلف العقلي المرافقة لتناذر داون (Down's Syndrume) وأيضاً حالات الخرف الناتج عن الرض الدماغي (Dementia due to Head Trauma) في حالات أخرى . ويرافق الصرع حالات التخلف العقلي في ٢٠٪ من الحالات ، وفي حالات التخلف الشديدة يكون سبب الصرع مشتركاً مع سبب التخلف الشديد وهو الإصابة الدماغية الشاملة . ويرافق التخلف العقلي نقص في الحواس (٢٠٪ نقص سمع أو بصر) ، ونقص عضلي حركي والمشية التشنجية والحركات العصبية اللاإرادية والتبول اللاإرادي . إضافة للاضطرابات القلبية والهضمية المتنوعة .

وأما الاضطرابات النفسية الشائعة كالقلق والاكتئاب والفصام وغيرها فهي تصيب الأشخاص المصابين بالتخلف العقلي ولاتختلف طبيعة هذه الاضطرابات عندهم مقارنة بالآخرين .

وتختلف بعض الأعراض الخاصة للاضطرابات النفسية في حال ظهورها لديهم كما في حالات الاكتئاب الكبير الذي يشخص عند المصاب بالتخلف العقلي من خلال ملاحظة السلوك والتعبيرات غير اللفظية (في حال عدم تطور السلوك اللفظي والذي يعبر المريض من خلاله عن مشاعره الاكتئابية وحالته النفسية) . حيث يبدو المريض وعلى وجهه حزن ظاهر وبطء إضافة لتغيرات النوم والأرق ونقص الشهية والوزن . ويمكن لانخفاض تقدير الذات وضعف الثقة بالنفس الذي يشعر به المصاب بالتخلف العقلي الخفيف أن يؤدي إلى الانسحاب والسلبية ويمكن أن يتطور ذلك إلى الاكتئاب .

وفي حالات الفصام المرافقة تكون الهذيانات غير مفصلة وغير معقدة والأهلاس بسيطة ومتكررة المضمون . وتتكرر حالات الذهان الحاد قصير الأمد (Brief Psychotic disorder) أو الذهان غير الوصفي (Atypical Psychosis) وذلك في حالات الضغوط النفسية الشديدة أو تغير البيئة أو فقدان الأم أو الأب أوغيرهما ، ويمكن أن يحدث حالة من تغيم الوعي واضطراب التوجه (Disorientation) وهياج وهذيان وغير ذلك .

وتتكرر حالات الهستيريا التحويلية (الاضطراب التحويلي) (Conversion disorder) في حالات التخلف العقلي وتأخذ أشكالاً متنوعة مثل الإغماءات وفقد الحواس والشلل وغيرها

ولاسيما في حالات الصعوبات والضغوطات الخاصة التي يواجهها الطفل أو البالغ .

ويبدو أن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً هي اضطرابات التكيف عموماً (Adjustment disorder) وفيها مزيج من أعراض القلق والخوف والاكتئاب والاضطرابات السلوكية .

ولابد من الإشارة إلى أن بعض الأعراض والسلوكيات المرافقة للتخلف العقلي يمكن أن يساهم في ظهورها وإزديادها بعض أنواع العلاجات الدوائية وخاصة الأدوية المضادة للصرع من خلال آثارها الجانبية . كما أن ردود الفعل الأسرية و التربوية غير المناسبة داخل الأسرة أو في المؤسسات الخاصة تساهم في ظهور العدوانية وفرط النشاط وأيضاً في الإنسحاب والسلبية والجمود .

الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي :

تتنوع الأسباب التي تؤدي إلى حالات التخلف العقلي . ويمكن تقسيم هذه الأسباب إلى العوامل السبعة التالية :

[أنظر إلى ملحق رقم(٣) أسباب التخلف العقلي مرتبة حسب نسبة انتشارها] .

أولاً- العوامل الوراثية : وهي تشكل حوالي ٥٪ من الحالات ومن هذه الحالات الوراثية :

١ - أخطاء الاستقلاب الولادية (Inborn Errors of Metabo-lism) : وتكون فيها العوامل الوراثية متنحية مثل : - بيلة فنيل كيتون (Phenylketone Urea) وهي أكثر أنواع أخطاء الاستقلاب

الولادية وفيها نقص في الخميرة المسؤولة عن استقلاب الحمض الأميني فينيل ألانين [أنظر إلى الصفحة رقم (٨٢) للمزيد من التفاصيل]. مرض تي ساش (Tay Sach disease) وفيه زيادة وتراكم في الشحوم - كالاكتوسيما (Calactosemia) وفيه تراكم للسكريات- تناذر هيرلر (Hurler Syndrome) وفيه تراكم للسكريات المتعددة المخاطية (Mucopoly Saccharide) . - بيلة هوموسيستين (Homocystine Urea) حيث يحدث نقص أنزيمي مرتبط بتكوين سيستاثيون .

و تكون العوامل الوراثية مرتبطة بالصبغي المؤنث (Xlinked) مثل تناذر ليش نيهان (Lesch Nyhan) حيث يحدث نقص أنزيمي مرتبط باستقلاب البورين (Purine) مما يؤدي إلى زيادة إنتاج وطرح حمض البول .

٢- أمراض وراثية وحيدة المورثة (Single gene) وتكون الوراثة فيها مسيطرة (Dominant) ولكن بدرجات متفاوتة من التعبير مثل تناذر فون ر كلنها وزن أو الورم الليفي العصبي (Neurofibromatosis) والتصلب الحديبي (Tuberus Sclero- sis) وتناذر ستورج ويبر (Sturge Weber) وهي تؤدي إلى أصابات متعددة في الدماغ .

٣- زيغ أو اضطراب الصبغيات (Chromosomal aberations) مثل تناذر داون - النوع الوراثي (Translocation Down's Syn- drome)وفيه يحدث تراكب وتقاطع في الصبغي رقم ٢١ .

وأيضاً تناذر الصبغي المؤنث الهش (Fragile Xsyndrome) وهو شائع الانتشار ونسبته ١/ ١٠٠٠ في الذكور .[أنظر تفصيلات أخرى عنه في الصفحة رقم (٨٥)].

٤- غير ذلك من الأمراض الوراثية . . حيث يوجد أكثر من ٢٠٠ تناذر تتضمن أمراضاً جسمية متنوعة وفيها إصابات دماغية تؤدي إلى التخلف العقلي وهي نادرة ويمكن القراءة عنها في مراجع خاصة طبية وفي مراجع طب الأطفال .

ثانياً - التدلات المبكرة في نمو الجنين(Early Alteration of Embryomic development): وهي شائعة وتشكل حوالي ٣٠٪ من الحالات وهي تتضمن :

١- تغيرات وتبدلات في الصبغيات منذ المراحل الأولى لتكوين الجنين . وأكثرها انتشاراً تناذر داون (Down's Syndrome) (١/ ٦٠٠ إلى ٧٠٠ من المواليد) والذي ينتج عن تثلث الصبغي رقم ٢١ [أنظر إلى الصفحة رقم (٨٢) لمزيد من التفاصيل]. وأيضاً تناذر مواء القطة(Cri du chat) (١/ ٥٠,٠٠٠ من المواليد) وينتج عن حذف جزء من الصبغي رقم ٥ . وأيضاً اضطرابات الصبغيات الجنسية مثل الاضطراب ثلاثي الصبغي المؤنث (Triple X) (١/ ١٦٠٠ من المواليد) ، وتناذر كلينفيلتر(Klinefilter's Syn-drome) (١/ ١٤٠٠ من المواليد) وينتج عن زيادة في الصيغي المؤنث (XXY). وتناذر تورنر (Turner's Syndrome) (١/ ٣٣٠٠ من المواليد) وينتج عن غياب الصبغي المذكر (XO).

٢- إصابة جنينية ناتجة عن التعرض لمواد ضارة ذات سمية خاصة : مثل إدمان الأم للكحوليات والتعرض لبعض الأدوية والتعرض للإلتهابات مثل الحصبة الألمانية (الحميراء)(Rubella)وداء المقوسات (Toxoplasmosis) والحمة المضخمة للخلايا (Cytomegalovirus) وداء الزهري الولادي (Congenital Sy- philis)والاضطرابات الهرمونية (نقص الدرقية - نقص نظيرة الدرقية) .

ثالثاً- مشكلات الحمل ومرحلة ماحول الولادة (Pregnancy and Perinatal Problems) وهي تشكل حوالي ١٠٪ من الحالات وتتضمن : ١- نقص تغذية الجنين ونقص وزنه ونموه بسبب صحة الأم وتغذيتها وحالة المشيمة ونقص الڤيتامينات والداء السكري والالتهابات البولية وغير ذلك . ٢- الولادة المبكرة (الخداج) (Prematurity) وهي ترتبط بالشلل الدماغي (Cerebral Palsy) . ٣- نقص الأوكسجين (تعسر الولادة وغير ذلك) . ٤-الالتهابات الڤيروسية وغير الڤيروسية . ٥- الرضوض الولادية وأثناء الحمل مثل التعرض للإصابات الجسدية والأشعة وغير ذلك . ٦- اليرقان (Kernicterus) الناتج عن اختلاف العامل الريصي (ريزيوس) (Rhfactor) بين دم الأم ودم الجنين أو غير ذلك من الأسباب .

رابعاً - حالات طبية عامة مكتسبة خلال الطفولة المبكرة والطفولة عموماً : وهي تشكل حوالي ٥٪ من الحالات ، و تتضمن :

١ - الالتهابات (التهاب الدماغ - التهاب السحايا) ٢- الرضوض والأذيات والإصابات(سقوط - حوادث سيارات - إيذاء الطفل) ٣- التسممات (بالرصاص مثلاً الناتج عن تلوث البيئة والجو) ٤- الأورام الدماغية .

خامساً- تأثيرات البيئة والاضطرابات النفسية الشديدة : وهي تشكل حوالي ١٥ - ٢٠٪ من الحالات . وهذه العوامل تتضمن سوء التغذية والحرمانات الاجتماعية والعزلة عن الآخرين وأيضاً الحرمانات الثقافية ونقص التدريب اللغوي والحوار ونقص الإثارة العقلية وتحفيز ذكاء الطفل إضافة إلى الاضطرابات النفسية الشديدة مثل الاضطراب التوحدي .

سادساً - عوامل أخرى متنوعة : وهي نادرة عموماً مثل : استسقاء الرأس (Hydrocepalus) وله أسباب متعددة وأحياناً وراثية ويؤدي إلى ازدياد حجم الرأس وازدياد ضغط السائل الدماغي الشوكي على الدماغ . صغر الرأس (Micro Cephaly) وله أسباب متعددة وأحياناً وراثية متنحية أو غير ذلك . السنسنة المشقوقة (Spinabifida) وهي متعددة ومعقدة الأسباب ويمكن أن تؤدي إلى قيلة سحائية وإصابة الدماغ . نقص إفراز الغدة الدرقية عند الجنين (الفدامة) (Cretinism) وينتج عن نقص اليود ونادراً بسبب ضمور الغدة الدرقية .

سابعاً - غامض السبب أو السبب غير محدد (Idiopathic) وهي تشكل حوالي ٣٠ - ٤٠٪ . وهي الحالات التي يتم فيها البحث

التفصيلي عن الأسباب ولايمكن الوصول إلى سبب محدد لها .
وفي أحيان أخرى تستعمل عبارة السبب غير محدد إذا كان هناك
عدد من الأسباب المحتملة غير الكافية مجتمعةً معاً في نفس
الحالة . . مثل رض متوسط الشدة على الرأس في بيئة محرومة
وفقيرة وفي تاريخ الحالة نقص خفيف في الأوكسجين عند
الولادة .

ملاحظات حول أسباب التخلف العقلي :

١ - هناك أدلة كافية من الدراسات العائلية ودراسات التوائم
ودراسات التبني على أهمية العوامل الوراثية متعددة المورثات
(الجينات) في تحديد الذكاء الطبيعي ، وأن " التخلف العقلي
البسيط " يمثل الدرجة الأدنى في منحنى توزع الذكاء . ومثل ذلك
التوزع الطبيعي للطول وغير ذلك من صفات الإنسان . . مما يطرح
أهمية العوامل الوراثية عموماً وأيضاً أهمية المعايير الاجتماعية
والاصطلاحية في تحديد مفهوم التخلف العقلي .

٢- ترتبط أسباب التخلف العقلي بشدة درجة هذا التخلف . .
حيث نجد أن " التخلف العقلي " البسيط غامض السبب عموماً أو
أنه عائلي . بينما تكون أسباب " التخلف العقلي الشديد والشديد
جداً " بشكل عام وراثية أو مرتبطة بتلف واضح في الدماغ .

٣- ينتشر التخلف العقلي البسيط في الطبقات الاجتماعية الفقيرة
والدنيا . بينما تتوزع الحالات الشديدة في مختلف الطبقات
الاجتماعية . والحالات النموذجية " للتخلف العقلي البسيط "

تظهر عند أبناء وبنات أبوين لديهم درجة خفيفة من التخلف ، وهذا مايعرف بالأسباب العائلية . وهكذا يفترض أن الذكاء ونقص المهارات التكيفية يخضع لعوامل وراثية متعددة وغير محددة تحديداً دقيقاً . ولكن هذه الحالات تعيش في ظروف اقتصادية وصحية صعبة وهي تعاني من الفقر والحرمان والمرض ونقص الرعاية الطبية المناسبة إضافة لكبر حجم الأسرة وزيادة عدد الأطفال . . مما يبرز أهمية العوامل البيئية دون إغفال لدور العوامل الوراثية .

٤- في حالات التخلف العقلي الشديدة والشديدة جداً يمكن تحديد العوامل العضوية المسببة لها في أكثر من ٨٠٪ من الحالات . وهي في الغالب أسباب وراثية أو تلف دماغي خلال التطور العصبي للطفل .

٥- إن زيادة نسبة إصابة الذكور عن الإناث بالتخلف العقلي يرتبط تفسيره بعدد من الاحتمالات . . ومنها الأمراض الوراثية التي تصيب الذكور وترتبط بالصبغي المؤنث مثل تناذر الصيفي المؤنث الهش وتناذر نيهان وغيرها . وربما يكون للتوقعات الاجتماعية والقيم التي ترفع من متطلبات "أداء الذكور العقلي والعملي" دوراً في زيادة التشخيص عند الذكور بسبب أدائهم غير المتوقع . ولايمكن إهمال هذه الفكرة ببساطة وهي تضيف إلى الجدال القائم حول تعريف التخلف العقلي وتأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تحديده وفي أسبابه .

٦- إن سوء التغذية ونقصها في السنتين الأولى من العمر هو السبب الأكثر إنتشاراً في العالم للتخلف العقلي باستثناء الدول المتقدمة ، مما يطرح أهمية العوامل الاجتماعية والاقتصادية وضرورات تطوير البلدان النامية والحد من مشكلات المجاعة والكوارث الطبيعية ومايرتبط بذلك من جهود وقائية [أنظر صفحة (٩٧)حول الوقاية للمزيد من التفاصيل] .

٧- إن تقدم التقنيات الطبية يمكن له أن يساهم في زيادة الأساليب الوقائية والسيطرة على عدد من أسباب التخلف العقلي . وهذا يؤدي إلى تغير نسب وإنتشار حالات التخلف العقلي وفقاً لتوفر هذه الخدمات واستعمالها من قبل الطبقات المختلفة في بلد معين وأيضاً على مستوى البلدان المختلفة في تطورها الاقتصادي والطبي .

٨- لابد من الإشارة إلى أن التقدم الطبي والتقني ليس "كله خير" لأن هناك عدد من حالات الأطفال الطبية التي تؤدي إلى الوفاة عادة تتمكن التقنية الطبية من إنقاذ حياتها ولكن يبقى لديها إصابات وإعاقات متنوعة وهي بذلك تضيف أعداداً جديدة من حالات التخلف العقلي . .

أسباب محددة للتخلف العقلي :

فيما يلي نتناول بالتفصيل عدداً من الأسباب والحالات المحددة والشائعة للتخلف العقلي .

١- بيلة فنيل كيتون (P . K . U) : تم اكتشاف هذا الاضطراب الكيميائي عام ١٩٣٤ على يد فولينغ (Folling) وهو أكثر أنواع أخطاء الاستقلاب الولادية ونسبته حوالي ١/ ٤٠٠٠٠ من الولادات ، وحوالي ١/ ١٠٠ من حالات التخلف العقلي ضمن المؤسسات الخاصة بالتخلف . وهو ينتج عن حالة وراثية جسمية مسيطرة تؤدي إلى نقص أو عدم فعالية في الخميرة الكبدية هيدروكسيلا زفنيل ألانين المسؤولة عن تحول واستقلاب الحمض الأميني الأساسي والمسمى فنيل ألانين إلى تيروزين . والحالات المصابة تتميز بزوال الصباغ الطبيعي من الجسم حيث يكون الشعر أشقراً والعينان زرقاوين . وأيضاً يحد ث تأخر في نمو الجسم العام . ويترافق مع الصرع وأيضاً مع صغر حجم الرأس والأكزيما الجلدية وفرط الحركة ، وعادة يكون التخلف العقلي شديداً .

ويمكن اكتشاف ذلك الاضطراب من خلال تحليل الدم كما في اختبار كوثري (Guthri) وغيره . ويمكن إطعام الطفل بغذاء يحتوي على قليل من الفنيل ألانين منذ الأسابيع الأولى لولادته حيث يقي ذلك من تراكم هذا الحمض الأميني وتسببه في تلف الدماغ . ويجب الاستمرار على هذا الغذاء سنوات طويلة .

٢- تناذر داون (Down's Syndrome) : (المنغولية) وصف هذا التناذر بشكل مفصل الطبيب الإنجليزي لانغدون داون (Langdon Down) عام ١٨٦٦ . وهو يصيب حوالي ١/ ٦٠٠ من الولادات عموماً . وفي أطفال الأمهات بعمر ٤٥ سنة أو أكثر نسبته ١/ ٥٠ .

ونسبة التخلف عادة متوسطة الشدة أي أقل من ٥٠ نسبة الذكاء، وقليل من المصابين من تصل نسبة ذكائهم إلى أكثر من ٥٠ . ويشكل المصابون بتناذر داون حوالي ثلث حالات التخلف العقلي المتوسطة والشديدة .

ويتلخص الاضطراب بأنه اضطراب في الصبغي رقم٢١ في خلايا الجسم كلها أو بعضها وبدلاً من أن يكون هذا الصبغي مزدوجاً كما في الحالة الطبيعية فإنه يصبح متثلثاً (Trisomy)، وتكون صبغيات الأم والأب طبيعية . وفي ٤٪ من حالات تناذر داون يمكن أن يكون الاضطراب موجوداً في صبغيات الأم والأب والأخوة غير المصابين وهو يأخذ شكل الاندماج والالتصاق بين الصبغي ٢١ ومواد وراثية من صبغيات أخرى (Translocation) وهذا هو الشكل الوراثي لتناذر داون والذي يمكن أن يتكرر حدوثه بنسبة عالية في نفس الأسرة ١٠/ ١٠٠ . أما تناذر داون الأكثر إنتشاراً فهو غير وراثي بل ناتج عن سوء انقسام الخلايا الجنينية وبالتالي تثلث الصبغي ٢١ . وأسباب ذلك لاتزال غير مفهومة بشكل دقيق . ويساهم تقدم الأم في العمر بذلك . (٢٠٪ منهم أمهاتهم فوق سن ٣٥ سنة) . ويمكن أن يتكرر بنسبة ١٪ في طفل ثاني .

وفي التكوين العصبي الكيميائي للمصابين بتناذر داون نجد أن لديهم نقصاً شديداً في مادة أستيل كولين في مناطق الدماغ

والطرق العصبية الموصلة وأيضاً في مادة سوما توستاين وسيروتينين ونور أدرينالين . ويظهر لديهم تغيرات عصبية مرضية متزايدة في تركيبة الدماغ تشبه مرض الخرف الشيخي من نوع ألزهايمر (Alzheimer disease) مثل الكتل الليفية العصبية المتشابكة (Neurofibrillary Tangles) والصفائح العصبية (Neuritic Plaques) وهي تشاهد عند ١٠٠٪ من الأشخاص المصابون بتناذر داون والذين تجاوزوا سن ٣٠ سنة .

وفي الصفات الجسمية العامة للمصابين بتناذر داون نجد أربعة على الأقل من المظاهر التالية :

١ - الفم : فم صغير وأسنان صغيرة - لسان له خطوط معترضة - فك عالي القوس .

٢ - العيون : خط الجفن مائل - ثنية في الغضنة (قرب زاوية أعلى الأذن) (Epicanthic fold) .

٣- الرأس : تسطح مؤخرة الرأس .

٤ - اليدين : قصيرة وعريضة - الأصبع الخامس مقوس - خط واحد معترض في راحة الكف .

٥ - المفاصل : فرط انثناء أو بسط المفاصل - نقص المقوية العضلية .

ومن الملامح العامة نقص طول الأذنين - هبوط في وسط الوجه - تسطح جسر الأنف - مرونة الجلد خلف الرقبة وعدم تثبته - بقع على قزحية العين .

ويرافق المرض عدد من الاضطرابات الجسمية الأخرى مثل تشوهات حاجز القلب وأمراض القلب الولادية بنسبة ٢٠ - ٣٠٪ من الحالات . وأيضاً اضطرابات في الأمعاء (١٠٪) ولاسيما انسداد بواب المعدة . ويمكن أن يكون هناك نقص في السمع . وأيضاً نقص في الغدة الدرقية مع التقدم في العمر (٣٠-٤٠ سنة) بنسبة ١٠ - ٢٠٪ . كما أن نسبة ٥ - ١٠٪ منهم مصابون بالصرع . وأيضاً لديهم مشاكل بصرية وساء مبكر (Cataract) والذكور منهم عقيمون والإناث قليلات الإنجاب .

وفي صفاتهم الشخصية كثير منهم محبوبون وديعون ويسهل قيادهم، وتقل المشكلات السلوكية لديهم عموماً مقارنة مع أنواع التخلف العقلي الأخرى .

٣- تناذر الصبغي المؤنث الهش (Fragile X Syndrome) :

وصف مارتن وبل (Martin and Bell) هذا التناذر عام ١٩٤٣ بأنه تخلف عقلي يتبع المورثات الجنسية . وبعد ذلك أكد رينبيننغ (Renpenning) عام ١٩٦٢ بأنه حالة من التخلف العقلي تتكرر في نفس العائلة وتتبع الوراثة المرتبطة بالصبغي المؤنث X linked أي أنها تصيب الذكور . وهو يسمى بتناذر مارتن بل - رينبيننغ أو تناذر الصبغي المؤنث الهش . وقد جرت حول هذا التناذر كثير من الدراسات وأضيف إلى ملامحه ملاحظات هامة . ويشكل نسبة ١٠ - ٢٠٪ من حالات التخلف العقلي عند الذكور . وهو ينتشر

بنسبة ١/ ١٠٠٠ من الذكور وهو يلي تناذر داون في انتشاره . ودرجة التخلف العقلي فيه متوسطة إلى شديدة. وفيه تكون الخصيتان كبيرتين (ضخامة الخصيتين) (Macroorchidism) بنسبة ٢٥٪ من الحالات قبل البلوغ ، وبنسبة ٨٠٪ بعد البلوغ وهذه العلاقة مهمة من الناحية العيادية لسهولة الكشف عنها . . ومن الصفات الجسدية الأخرى : كبر حجم الأذنين ومرونتهما . (Large Floppy ears) ، وبروز الفك السفلي (Prognathism) ، وكبر الجبهة ومحيط الرأس ، وزيادة في بسط المفاصل ، والقامة تكون قصيرة . ويظهر لديهم تدلي الدسام التاجي (Mitral Valve Prolapse) بنسبة ٨٠٪ . وتزداد لديهم الاضطرابات السلوكية وفرط الحركة والعدوانية والسلوك التكراري (Sterotypies) وإيذاء الذات. ولديهم صعوبات في اللغة والكلام من حيث ضعف تركيب الجملة وصعوبة التجريد وصعوبات في فهم اللغة وفي التعبير اللغوي وأيضاً صعوبات في النطق وضعف في التركيز .

وفي الإناث التي تحمل الصبغي الهش قد يظهر لديهن صعوبات في التعلم أو تخلف عقلي خفيف . والمورثة الشاذة المسؤولة عن هذا التناذر يعتقد أنها تتضمن متوالية من الحموض الأمينية (سيتوزين - غوانين - غوانين) وهي تتكرر بشكل زائد وتطول في خلايا هؤلاء المرضى . ويبدو الصبغي المؤنث (X) تحت المجهر وكأن الذراع الطويل منه مكسور .

تشخيص التخلف العقلي :

لابد من التأكيد على أن تشخيص التخلف العقلي قد يكون صعباً في كثير من الحالات ولابد من تقييم شامل للحالة قبل الوصول إلى مثل هذا التشخيص . . وتشخيص تناذر داون يحدث منذ الولادة لأن المصاب به له ملامح واضحة خاصة .

والحالات الشديدة من التخلف العقلي تشخص عامة في الطفولة الأولى (قبل عمر ٦سنوات) وقبل الدخول إلى المدرسة نظراً لوجود أعراض جسمية وعصبية واضحة أو بسبب تأخر النمو العصبي والعقلي الواضح .

والحالات الأقل شدة تشخص فيما بعد وفي مرحلة المدرسة الإبتدائية عادة . ويشير الرسوب المتكرر لمدة سنتين في المرحلة الابتدائية إلى إحتمال وجود درجة من التخلف العقلي إذا لم تكن هناك أسباب واضحة تفسر الرسوب .

ويتطلب التشخيص معلومات كافية عن القصة المرضية بما فيها أية معلومات توحي بعوامل وراثية أو عائلية وأيضاً معلومات عن مرحلة الحمل والولادة وتفاصيل ذلك ووزن المولود وحالته عند الولادة ومراحل النمو الطبيعي العصبي والعقلي فيما بعد مثل بدء المشي والكلام وأي تأخر في ذلك . إضافة لتفاصيل وتقارير عن اضطراب السلوك وكيفيته وتكراره . وأيضاً من المهم وجود معلومات كافية عن تاريخ الأم والإسقاطات السابقة وتعرضها للإلتهاب والمواد الضارة .

وفي الفحص الجسمي يتطلب التعرف على الطول والوزن ومحيط الرأس ووجود أية علامات أو أعراض للتناذرات المعروفة في التخلف العقلي . وأيضاً الفحص العصبي الاعتيادي والكشف عن وجود أعراض تشنجية أو عصبية أخرى مع التأكيد على فحص النظر والسمع .

وفي تقدير مهارات الطفل التكيفية وقدراته العقلية فإن ذلك يتطلب خبرة وممارسة عملية إضافة إلى الاختبارات المعروفة التي تقيس درجة الذكاء وتطور اللغة والمهارات الاجتماعية والحياتية والمهارات الحركية والسلوكيات التكيفية وغير التكيفية .

وتتعدد مقاييس الذكاء ومنها مقياس وكسلر لذكاء الأطفال المعدل من عمر ٦ - ١٦ سنة (WISC - R) . واختبار بينيه للذكاء المعدل من عمر ٢ - ١٨ سنة . ومقاييس بيلي للنمو العقلي من عمر شهرين إلى ٢,٥ سنة . ومقاييس ڤينلاند للمهارات التكيفية (Vineland Scales) . وغير ذلك من الاختبارات العالمية والمحلية للذكاء والمهارات التكيفية .

وفي حالات عديدة يتطلب إجراء بطارية من الاختبارات أو إعادة الاختبار أكثر من مرة بسبب عدم التعاون أو وجود نتائج متضاربة . ومن المهم إكتساب ثقة المفحوص وتعاونه وإختيار الوقت المناسب لتطبيق الاختبار (الصباح مثلاً أو بعد فترة كافية من الراحة) . ومن الممكن الحديث عن الهوايات لكسب الثقة

والتعاون إذا أمكن الحوار اللفظي وفي حال تعذره يمكن الاستفادة من الرسم واللعب وغير ذلك .

واختبارات الذكاء وتطبيقاتها في عالمنا العربي لاتزال تعاني من درجات من القصور وعدم الملاءمة . ولابد من مواكبة العصر وتطوراته وتطوير أدوات البحث والفحص والتقنين على البيئة العربية . وبعض الاختبارات مثل اختبار رسم الشخص (Draw A person Test) لاتزال تستعمل كاختبار للذكاء مع أن ذلك أصبح أسلوباً قديماً حيث بينت الدراسات الحديثة عدم صلاحيته وتناقض نتائجه في هذا المجال . وهناك ملاحظات أخرى يتم نقاشها في دوائر القياس النفسي والاختصاصيين النفسيين (من غير الأطباء النفسيين) حول ذلك ولايتسع المجال لذكرها هنا .

وبالنسبة للتشخيص النفسي فلابد أولاً من معرفة السبب الذي أدى إلى التحويل للطبيب النفسي على اعتبار أن ذلك هو المحور الأساسي الذي يتطلب تشخيص وتحليل الحالة بأبعادها العضوية والاجتماعية والنفسية ضمن مرحلة معينة وظروف خاصة تطلبت الاستشارة والتشخيص . ومن المهم هنا وجود معلومات كافية عن التغيرات السلوكية والتصرفات غير الاعتيادية وتاريخ بدئها وظهورها مقارنة مع السلوكيات الاعتيادية للطفل أو المراهق (أو البالغ) . ومن الضروري في عديد من الحالات أخذ معلومات من الأبوين معاً ومن المدرسة وممن يساهم في رعاية الطفل .

ومن المهم الانتباه إلى التشخيص التفريقي للتخلف العقلي عن الاضطراب التوحدي والاضطرابات النمائية المتعممة الأخرى (Pervasive developmental disorders) وتتميز هذه الحالات بوجود قصور شديد في تبادل السلوك الاجتماعي والتخاطب واللغة ووجود سلوكيات مميزة لها . وهي تترافق مع التخلف العقلي بنسبة كبيرة من الحالات ويمكن تشخيص كلا الاضطرابين معاً على أن يكون التخلف العقلي في المحور الثاني . وأيضاً يجب التفريق عن اضطرابات التعلم (Learning disorders) التي تكون محددة في مهارة معينة مثل القراءة أو الكتابة والحساب أو تكون في التعبير أو الاستقبال اللغوي، ولكن لايكون النقص والقصور عاماً في مختلف مكونات الذكاء وفي المهارات التكيفية . ويمكن أن تترافق هذه الاضطرابات مع التخلف العقلي وعندها يكون الاضطراب المحدد في التعلم يتجاوز ماهو متوقع من درجة التخلف التي يعاني منها .

و يجب التفريق عن تأخر النضج العام حيث يستعيد الطفل نموه ونضجه مع مرور الوقت . وأيضاً عن ذهان الطفولة مثل الفصام والذي يتصف بأعراض خاصة تشبه الفصام عند الكبار وتفرقه عن التخلف العقلي .

والحقيقة أن التخلف العقلي يمكن أن يترافق مع عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى والعضوية دون أن يمنع ذلك من

استبعاد أو إلغاء تشخيص التخلف العقلي فهو تشخيص قائم بذاته في حال توفر شروطه .

وأما بالنسبة للفحوصات والاستقصاءات المطلوبة فهي تتضمن التحاليل المخبرية ومنها تحليل الصبغيات ودراسة الحموض الأمنية والعضوية ووظيفة الغدة الدرقية ومستوى الرصاص في الدم وفحص شعاعي للعظام الطويلة والرسغين . وأيضاً تخطيط الدماغ الكهربائي والتصوير الطبقي للدماغ الذي يمكن أن يكشف عن أسباب تمكن معالجتها إضافة للكشف عن الصرع . وأيضاً عن العمى والصمم .

وبشكل عملي تختلف إمكانية توفر هذه الفحوصات وفقاً لنوع الخدمات الصحية والمؤسسة العلاجية والبيئة وأيضاً وفقاً للحالة وخصائصها الخاصة ولابد من توفر الحد الأدنى من الفحوصات الذي يكفل درجة عملية مفيدة من الخدمة الصحية والنفسية .

العلاج :

يتضمن علاج حالات التخلف العقلي عدداً من الأساليب التي تهدف بشكل أساسي إلى زيادة القدرات والمهارات التكيفية وإعادة التأهيل ، مما ينعكس بشكل إيجابي على سلوك المصاب وتكيفه .

وتدل الدراسات على أن ثلثي المصابين يتغيرون ويندرجون ضمن حدود الفئات الطبيعية والعادية وذلك في سن المراهقة ومابعدها . . وذلك بسبب تراكم خبراتهم وازدياد قدراتهم مع الزمن . والسلوك المتكيف كقاعدة عامة يزداد خلال سيرة الحياة والحالات التي لاتتحسن تبقى مزمنة وتظهر لديها مشكلات متنوعة مالم يجر علاجها . . والرعاية العلاجية العامة تتضمن أسلوباً تعليمياً وليس طبياً . . ويتضمن الفريق العلاجي الأطباء النفسيون والأخصائيون النفسيون وجهاز التمريض والخدمات المساعدة إضافة إلى المدرسين وأخصائيي العلاج المهني والعلاج الطبيعي وعلاج النطق .

وحالات التخلف العقلي الخفيفة يمكن لبعضها المتابعة في المدارس الاعتيادية . ومن المطلوب وجود مدارس متخصصة لتعليم هؤلاء الأطفال ممن لايستطيعون المتابعة في المدارس الاعتيادية . وبعض الدراسات أظهرت أهمية التعليم المبكر في السن ماقبل المدرسة من خلال برامج خاصة تدريبية . والحماس المفرط هنا يؤدي إلى الاحباط والفشل ومن الأفضل بذل الجهود الممكنة لزيادة فرص التعلم والتدريب لكل درجات التخلف العقلي وضمن إطار واقعي وعملي دون توقعات زائدة عن الحد وخيالية .

والتعليم المتخصص يتطلب أساليباً خاصة تتلائم مع قدرات الأطفال المتخلفين عقلياً وتعتمد على الإثارة العقلية العامة والأساليب الحسية والعيانية والتكرار وتقسيم المادة المتعلمة إلى وحدات أصغروالاهتمام بالمعلومات الأساسية مع التأكيد المستمر على الأساليب السلوكية في الثواب والعقاب وفي تقديم النموذج والمحاكاة وغير ذلك .

وتحتاج حالات التخلف العقلي الشديدة لمؤسسات خاصة للإقامة والعلاج فترات مؤقتة أو طويلة، وكثير من الحالات تتم رعايتها في الأسرة وضمن المنزل . ولابد من الاهتمام بالأسرة التي يعاني أحد أفرادها من التخلف العقلي . وهذه الأسر تحتاج للدعم النفسي والعملي وتقديم المشورة النفسية والطبية والتأهيلية بشكل مستمر ولاسيما في الفترات والظروف الحرجة وهذا مايساعد على التخفيف من قلقها وإحباطاتها ويساعدها على التعامل من المشكلات الناتجة عن التخلف العقلي بشكل واقعي وعملي . وكثير من الأسر لديها أفكار غير صحيحة وأوهام حول التخلف العقلي من حيث الأسباب وأيضاً العلاج . . ويعتقد البعض مثلاً أن إبنهم شديد التخلف والذي لم تتطور لديه مهارات لغوية مقبولة أنه " يمكن لصدمة خوف مفاجئة يتعرض لها الطفل أن تجعله ينطق بسهولة ويسر وأن تنحل عقدة لسانه " . " وهم يبحثون على شتى أنواع العلاجات مهما كلفت من ثمن وجهد كي

يستعيد الطفل عافيته ويعود طبيعياً مثل إخوته " . " وهم يهملون أبسط أنواع التدريب على النظافة واستعمال الحمام مثلاً ويتركون للطفل كامل الحرية في أن يفعل مايشاء كأن يشرب المرطبات ويأكل الحلويات دون حساب كي لا تتأثر نفسيته " ، وغير ذلك غريب وكثير . .

ومن المفيد توضيح بعض الحقائق حول التخلف العقلي وتشجيع الأسرة على التعامل مع طفلها المتخلف ضمن قدراته وإمكانياته . . "فالأطفال مختلفون في قدراتهم ومهاراتهم وأشكالهم وهم أبناؤنا ويستحقون منا كل الرعاية والحب والاهتمام وتقديم مايمكن تقديمه لمساعدتهم في التكيف مع الحياة" وتعاني الأسرة عادة من حالة من الحزن والأسى المزمن والغضب المكبوت ويحتاج ذلك إلى الدعم العام للأسرة والعون والتفهم والتعبير الانفعالي المناسب . وبعض الأسر تعاني من مشاعر الذنب المبالغ فيها والتي يمكن أن تكون معطلة ومرضية وتؤثر على باقي الأبناء وتطور شخصيتهم ، وأيضاً تؤثر على العلاقة الزوجية بين الأم والأب وعلى علاقة الأسرة بمن حولها من الأقارب والمجتمع الكبير .

والحقيقة أن تشخيص التخلف العقلي يشكل صدمة كبيرة على الأسرة في البداية ونجد أشكالاً من الإنكار وعدم الاعتراف بالمشكلة ، كما أن الغضب والإحباط قد يتوجه إلى الأطباء أو

المستشفيات وغيرهم باعتبارهم سبباً في حدوث المشكلة أو باعتبارهم جهلاء أو غير أكفاء في تشخيصهم ، وغير ذلك من ردود الفعل .

ومن المفهوم أن تقبل الأسرة للتشخيص وتفهمها للطفل ومشكلته بشكل واقعي يتطلب زمناً كافياً وعوناً من مختلف الفئات الاختصاصية

وتتضمن العلاجات النفسية التي يحتاجها المصابون بالتخلف العقلي العلاج النفسي الداعم والتشجيع ، وأيضاً العلاج النفسي المرتكز على المبادىء التحليلية في بعض الحالات الخفيفة والتي تشكو من عقد نقص وقلق واكتئاب خفيف وصعوبات في العلاقات مع الآخرين . وفيه تكون الجلسات قصيرة ومرتكزة على المشاعر الحاضرة وتتضمن لغة مبسطة ومعلومات توضيحية وغير ذلك . ومن العلاجات النفسية الواسعة الانتشار أساليب العلاج السلوكي التي تفيد في اكتساب المهارات مثل الطعام والنظافة والتدريب على التبول والتغوط ولبس الثياب وغير ذلك . وتستعمل أيضاً في تعديل السلوكيات المضطربة ويتطلب ذلك تحليلاً للسلوك المرضي والعوامل المؤثرة فيه وما يسبقه ومايتلوه من مثيرات وردود فعل ومن ثم البدء في برنامج علاجي وخطة لتعديل السلوك .

وتستعمل المكافأة الرمزية أو العيانية في حال ظهور السلوك المطلوب الإيجابي إضافة للتشجيع بأشكاله المتعددة . وتفيد أيضاً

أساليب التجاهل وعدم الاهتمام بالسلوك المضطرب إذا كانت ضمن خطة مدرسة ، وأيضاً أسلوب العزل لفترة قصيرة أو الإبعاد المؤقت (Time out) لمدة دقائق في غرفة أو مكان خاص وهو أسلوب فعال وناجح إذا استعمل بشكل مدروس . وأيضاً تفيد أساليب التعلم بالمثال في مختلف المهارات والتدريب التدريجي على مراحل وغير ذلك .

ويستعمل العلاج الدوائي في عدد من الحالات للسيطرة على السلوك العدواني الشديد وأيضاً في حالات فرط النشاط ونقص الانتباه . وتستعمل الأدوية المضادة للصرع لعلاج الصرع المرافق . وتفيد عادة الأدوية من زمرة المهدئات الكبرى لعلاج الحالات الذهانية والسلوك العدواني والهياج مثل (سيرناس) (Haloperidol) وميللريل (Thioridazine) وغيرها . وتستعمل مضادات الاكتئاب المتنوعة ومنها مانعات أو مثبطات التثبيت الخاصة بالسيروتونين (S.S.R.I) في حالات القلق والخوف والاكتئاب والسلوك الوسواسي التكراري وغير ذلك .

وفي بعض الحالات العدوانية والسلوك العدواني يمكن لمضادات الاكتئاب أن تفيد على اعتبار أن هذه السلوكيات هي نوع من الاكتئاب لأن كثيراً من المصابين بالتخلف لايستطيعون التعبير عن مشاعرهم السلبية واكتئابهم بالطرق العادية .

وعموماً يعطى الأطفال جرعات دوائية أقل لأنهم أقل تحملاً من الطبيعيين وبعضهم يحتاج إلى زيادة الجرعات وإلى كميات

عالية من الدواء وفي عدد من الحالات يتطلب العلاج التنويم داخل المشفى لفترات قصيرة أو طويلة . [أنظر ملحق رقم (٤) مخطط علاج حالات التخلف العقلي] .

الوقاية :

لابد من الإشارة هنا إلى أن إمكانيات الوقاية من التخلف العقلي قد أصبحت أكثر تطوراً في الوقت الراهن بسبب التقدم العلمي والطبي والمخبري والتكنولوجي الهائل .

وهناك بالطبع مشكلات كثيرة تعترض توفير مثل هذه الإمكانيات ولاسيما في العالم الثالث . وتشمل الوقاية الأولية (Primary Prevention) والتي تهدف إلى منع حدوث حالات التخلف العقلي ما يلي :

١ - التطعيمات العامة للأم والمجتمع عموماً ضد الحصبة الألمانية والحصبة العادية وغيرها من الالتهابات .

٢ - زيادة الوعي الصحي بالنسبة لتأثير الكحول وغيره من المواد الضارة أثناء الحمل .

٣- التخفيف من حوادث الأطفال ولاسيما حوادث السيارات من خلال تثبيتهم في المقعد الخاص بهم أو بحزام الأمان .

٤ - الحمية قليلة الفنيل ألانين للأم الحامل المصابة ببيلة الفنيل ألانين أثناء طفولتها .

٥ -الاستشارة الوراثية في الحالات التي يزداد فيها احتمال الإنجاب لأطفال مصابين بالتخلف العقلي .

٦- التخفيف من التعرض للرصاص في البيئة .
٧- توفير خدمات العناية المركزة للأطفال الخدج وناقصي الوزن .
وهنال أمور عامة ساهمت في الوقاية الأولية ومنها :
١-تحسين رعاية صحة المرأة الحامل ومتابعتها الطبية أثناء الحمل .
٢- الاهتمام والانتباه لقضايا إيذاء الأطفال والحد منها .
٣- تحسين الخدمات الصحية والطبية المتعلقة بالأطفال .
٤- تحسين تغذية الأطفال .

وأما بالنسبة للوقاية الثانوية(Secondary Prevention) التي تهدف إلى الاكتشاف المبكر للحالات ومنع تطورها إلى التخلف العقلي ، فهي تشمل تحليل السائل الأمنيوسي (Amniocentesis) لتشخيص اضطرابات الصبغيات. وتحليل دم الأم الحامل لمعايرة البروتين الجنيني من نوع ألفا (&feto Protein) والذي يزداد في حالات خلل الجهاز العصبي للجنين. وأيضاً التصوير بالأمواج فوق الصوتية أثناء الحمل لاكتشاف تشوهات الجنين الواضحة مثل عدم تطور الرأس وغير ذلك حيث يمكن إجراء الإجهاض الطبي في هذه الحالات . إضافة لتحليل دم الأم ودم الجنين لمنع حدوث التراص الدموي وعدم التوافق من خلال الإجراءات المناسبة . وأيضاً الكشف المبكر عن أخطاء الاستقلاب الولادية عند الوليد ومعالجتها بالحمية اللازمة . وأيضاً تحليل الدم للكشف عن نقص الغدة الدرقية وعلاجه . إضافة إلى إمكانية تحديد الأشخاص الذين

يحملون اضطرابات وراثية مرتبطة بالتخلف العقلي مثل مرض تي ساش وغيره وتقديم المشورة الوراثية المناسبة .

وأما الوقاية الثالثية (Tertiary Prevention) فهي تشمل تقديم العون والمساعدة والخدمات المتنوعة للأطفال المتخلفين عقلياً وأسرهم بهدف التقليل والحد من المشكلات والإعاقات والتعقيدات المرتبطة بالتخلف العقلي .

كلمة أخيرة :

لابد من التأكيد على أنه لايوجد تناقض حقيقي بين النظرة الطبية الإنسانية لموضوع التخلف العقلي وموضوع الوقاية من التخلف العقلي . . حيث تؤكد النظرة الطبية الإنسانية على ضرورة تقبل المصاب بالتخلف العقلي وتحسين ظروفه وتأمين رعايته وحقوقه وتطوير مهاراته . وتؤكد الوقاية على محاولة الحد من حالات التخلف العقلي ومشكلاتها وآلامها بشكل واقعي وإيجابي يخدم الإنسان ويجعله أكثر سعادة دون الانحياز إلى التفكير المتطرف السلبي الذي يتلخص "بالتخلص من حالات التخلف العقلي الموجودة" (كما في النظرية النازية وغيرها) "أو عدم تقبلها في الحياة اليومية" أو "في ضرورة عزلها بعيداً عن المجتمع والآخرين" . ولايمكننا أن نتصور عالماً دون أمراض أو اضطرابات إلا في الخيال . . مما يؤكد ضرورة التعامل مع حالات التخلف العقلي بشكل إنساني وواقعي وعملي .

ومن المتوقع أن تزداد معرفتنا أكثر بأسباب التخلف العقلي التفصيلية . . ويطرح ذلك تفاؤلاً عاماً في مجال الوقاية المنتظر في المستقبل . ولاتزال بلادنا تعاني من مشكلات عديدة يمكن لها أن تسبب التخلف العقلي . . ولاتزال الوقاية في مراحلها الابتدائية . . وهذا يتطلب وعياً وإدراكاً أعمق لمشكلات التخلف العقلي ويطرح ضرورة الاهتمام بتوفير الخدمات اللازمة الوقائية والعلاجية في مختلف مراحلها وتحسين الخدمات الموجودة في حال توفرها .

ملحق رقم (١) *

مراحل النضج العقلي ونمو الذكاء

العمر	مظاهر النضج
١٦ أسبوعاً (٤ أشهر)	التبسم التلقائي للوجوه المعروفة الضحك بصوت عال الأستجابة بفرح لمشهد الطعام يستطيع الجلوس مستنداً لعشر أو خمس عشر دقيقة
٢٨ أسبوعاً (٧ أشهر)	يجلس لفترة قصيرة ينحني إلى الأمام مستنداً إلي يديه يقبض على الأشياء إذا وجدت على مرأي منه ينقل الأشياء من يد إلى يد أخرى أصوات متميزة (كنواة لنطق الحروف المتحركة) يأكل الأشياء الصلبة يضع قدميه في فمه عندما يكون راقداً على ظهره
٤٠ أسبوعاً	يزحف على اليدين والركبتين يتجول داخل المكان مستنداً إلى قطع الأثاث قد يكون باستطاعته نطق كلمات مثل "ماما" و "دادا"
١٢ شهراً (سنة)	يستطيع أن يمشي بالاعتماد على يد شخص آخر يستطيع التفوه بكلمتين بالإضافة إلى "ماما" و"دادا" يتعاون قليلاً عندما تقوم الأم بتلبيسه ملابسه
١٥ شهراً	يستطيع السير خطوات قليلة بمفرده يستطيع أن يزحف وهو يصعد على السلم يقلب صفحات كتاب بيديه رصيده اللغوي من ٤ - ٦ كلمات يعطي لعبته لوالدته ، ولكنه يستردها من جديد
١٨ شهراً	يسير بمفرده ونادراً مايقع يستطيع أن يصعد السلم بالأستناد إلى إحدى يديه على شخص آخر يستطيع أن يجلس على كرسي صغير ، أو يصعد ليجلس على كرسي كبير ينظر إلى صور كتاب يستطيع أن يطعم نفسه ولكنه يبعثر الطعام

العمر	مظاهر النضج
٢٤ شهراً (سنتين)	يستطيع أن يصعد وينزل السلم بمفرده يستخدم جملة من ثلاث كلمات قد يعبر عن حاجته إلى الطعام أو التبول تستطيع تدريبه على ضبط التبول نهاراً ابتداء من ٢,٥ سنة يشير إلى نفسه بالأسم
٣٦ شهراً (٣سنوات)	يبدل قدميه عند صعود السلم يستطيع ركوب وتبديل دراجته بثلاث عجلات يستخدم كلمات الجمع بشكل مناسب يستطيع أن يطعم نفسه من أوعية الطعام دون دلق أو بعثرة يصب المياه من وعاء إلى كوب يستطيع أن يلبس حذاءه يحفظ بعض الأناشيد أو الأغنيات الشائعة
٤٨ شهراً (٤ سنوات)	يرسم مربعاً بالمحاكاة يعد أربعة أشياء (بالإشارة) ينط باستخدام قدم واحدة يغسل ويجفف وجهه ويديه يستخدم فرشة الأسنان يرسم شخصاً (الرأس والذراعين والساق) يلبس ويخلع ملابسه مع بعض الإشراف يربط جذاءه يلعب لعبات تعاونية تلقائية مع الأطفال الآخرين يستطيع أن يخرج أمام البيت دون أن يعبر للشارع (يدرك الخطر)
٦٠ شهراً (٥ سنوات)	يقف على القدمين بالتبادل (الحجلة) يعد ١٠ أشياء يعرف كم أصبعاً في كل يد يعرف النقود أو بعضها يتعرف على الألوان يلبس ويخلع ملابسه مستقلا يكتب أسمة (بالمحاكاة) يكتب من ١ إلى ٥

* مأخوذ عن كتاب العلاج السلوكي للطفل ، أساليبه ونماذج من حالاته . د. عبد الستار إبراهيم ، د. عبد العزيز عبد الله الدخيل د. رضوى ابراهيم ١٩٩٣ (أنظر المراجع) .

ملحق رقم (٢) *

أنواع التخلف العقلي

نوع التخلف	نسبة الذكاء	نسبة انتشاره	المعادل في العمر لطفل طبيعي الذكاء
التخلف العقلي الخفيف .	أقل من ٧٠ إلى ٥٠	٨٠٪	ذكاء لطفل وعمره ١٢ سنة
التخلف العقلي المتوسط .	أقل من ٥٠ إلى ٣٥	١٢٪	ذكاء لطفل وعمره ٤ سنوات
التخلف العقلي الشديد .	أقل من ٣٥ إلى ٢٠	٧٪	ذكاء لطفل وعمره سنتان
التخلف العقلي الشديد جداً .	أقل من ٢٠	١٪	ذكاء لطفل أقل من سنتين

* إعداد د . حسان المالح ١٩٩٩

ملحق رقم (٣) *

أسباب التخلف العقلي

١- السبب غامض أوغير محدد : ٣٠- ٤٠٪ من الحالات عوامل متعددة ؟ وراثي ؟ غير ذلك ؟ .
٢- التبدلات المبكرة في نمو الجنين : ٣٠٪ من الحالات .
- تغيرات الصبغيات : تناذر داون - مواء القطة - كلاين فلتر - تورنر - تثلث الصبغي المؤنث .
- إصابة جنينية ناتجة عن التعرض لمواد ضارة : الكحولية عند الأم - الحصبة الألمانية - داء المقوسات - الحمة المضخمة للخلايا - داء الزهري .
٣- تأثيرات البيئة والاضطرابات النفسية الشديدة : ١٥- ٢٠٪ من الحالات .
- سوء التغذية - الحرمانات الاجتماعية - الحرمان الثقافي - نقص الإثارة العقلية - الاضطراب التوحدي - غير ذلك .
٤- مشكلات الحمل ومرحلة ماحول الولادة : ١٠٪ من الحالات .
- نقص تغذية الجنين ونقص وزنه ونموه - الولادة المبكرة - نقص الأوكسجين - الإلتهابات - الرضوض الولادية أثناء الحمل - اليرقان .
٥- حالات طبية عامة مكتسبة خلال الطفولة المبكرة والطفولة عموماً : ٥٪ من الحالات .
- الالتهاب - الرضوض والإصابات - التسممات - أورام الدماغ .
٦- العوامل الوراثية : ٥٪ من الحالات .
- أخطاء الاستقلاب الولادية : بيلة فنيل كيتون - تي ساش - كالاكتوسيما - هيرلر - هوموسيستين - ليش نيهان - غيرها .
- أمراض وراثية وحيدة المورثة : الورم الليفي العصبي - التصلب الحديبي - تناذر ستورج ويبر .
- اضطراب الصبغيات الوراثي : تناذر داون النوع الوراثي - تناذر الصبغي المؤنث الهش .
- أمراض وراثية أخرى .
٧- عوامل أخرى متنوعة نادرة : استسفاء الرأس - صغر حجم الرأس - السنسنة المشقوقة - نقص إفراز الغدة الدرقية .

* إعداد د. حسان المالح ١٩٩٩

ملحق رقم (٤) *

مخطط علاج حالات التخلف العقلي

- القصة المرضية بالتفصيل / تقارير متنوعة/ المفكرة وتسجيل الملاحظات .
- الفحص الطبي النفسي/ اختبارات الذكاء والأداء التكيفي .
- استشارة طبيب الأطفال عند اللزوم/ غيره من الاختصاصين .
- الفحوصات المخبرية والاستقصاءات الشعاعية وتخطيط الدماغ وغير ذلك عند اللزوم .
- التشخيص الأساسي - التشخيص الفرعي .

الخطة العلاجية العامة :

١- المدرسة والتعليم .
٢- التأهيل النفسي والجسدي والاجتماعي/ تنمية المهارات الأساسية واكتسابها بتمهل .
٣- زيادة الثقة بالنفس والعمل على تحقيق الشخصية وفقاً لقدراتها
٤- تفهم الظروف العامة للأسرة وانفعالاتها ومشاعرها ومناقشة الأفكار المصاحبة لذلك وتقديم الدعم النفسي والمشورة العملية والطبية للأسرة .
٥- العلاج النفسي السلوكي : برنامج محدد للطفل والأهل يهدف إلى زيادة المهارات وتعديل السلوكيات غير المرغوبة ويتضمن :
- تقسيم المهارات المطلوبة إلى وحدات صغيرة .
- استعمال طريقة المثال والنموذج في اكتساب مهارة معينة / المحاكاة/ التكرار/ وغيرها .
- المكافأة في حال ظهور السلوك المرغوب أو الاقتراب منه/ مكافأة مباشرة . الثناء والاستحسان -نجوم - طعام أو شراب وغيره
- تدعيم أي سلوك آخر عدا السلوك المضطرب / تدعيم أي سلوك بديل أو مناقض للسلوك المضطرب .
- توقيف ومنع السلوك المضطرب حال ظهوره/ توجيه لسلوك آخر .
- العقاب .
- تعديل أساليب الثواب والعقاب وغيرها المتبعة من قبل الأهل : الابتعاد عن العقاب الشديد والعنف قدر الإمكان - توحيد مصدر الثواب والعقاب - تشجيع السلوك الإيجابي مباشرة ودون انتظار - عقاب السلوك الخاطىء مباشرة بعد التوضيح المبسط للخطأ المرتكب - الثبات قدر الإمكان في عدم قبول السلوك الخاطىء من قبل الجميع - اختيار العقوبات بشكل مسبق ومناقشتها مثل العزل وغيره .
- تسجيل التطورات وسير الأحداث لمدة ٣ أسابيع ومناقشتها .
٦- العلاج الدوائي عند اللزوم : مضادات الذهان - مضادات الاكتئاب - مضادات الصرع وغيرها .
٧- المتابعة الدورية والجلسات مع الطفل والأهل .
٨- العلاج ضمن المشفى عند اللزوم .
٩- العلاج ضمن مؤسسات خاصة لفترات قصيرة أو طويلة عند اللزوم .

* إعداد د. حسان المالح ١٩٩٩

٣ اضطراب نقص الأنتباه/فرط النشاط
مظاهره .. أسبابه .. وطرق العلاج

مقدمة عامة :

يصنف اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (Attention Deficit/Hyperactiviy Disorder) ضمن اضطرابات السلوك عند الأطفال . . والتي تشمل اضطراب السلوك المنحرف (Conduct disorder) واضطراب المعارضة (الإعتراضي) (Oppositional disorder) .

وهذه الاضطرابات الثلاثة يمكن أن تظهر بشكل مترافق عند نفس الطفل ولكن بدرجات متفاوتة من الشدة .

وفي هذه الاضطرابات الواسعة الانتشار نجد أن الأهل يعانون أكثر من الطفل بسببها ، وغالباً ما يأتي الطفل إلى العيادة غير راغب في العلاج بل يؤكد أنه ليس لديه أية مشكلة وأن المشكلة تكمن في الأهل .

وتصل نسبة انتشار اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط إلى ٣ - ٥٪ من الأطفال في سن المدرسة (من ٥ - ١٨ سنة). وفي دراسات أخرى تصل نسبته إلى ١٠٪ من الأطفال الذكور و ٢٪ من الأطفال الإناث في الولايات المتحدة الأمريكية . وهو ينتشر عند الذكور أكثر من الإناث وبنسبة ٤ إلى ١ على الأقل .

ويشكل هؤلاء الأطفال نسبة ٣٠٪ على الأقل من

اضطرابات الأطفال النفسية في العيادة النفسية الخارجية . ولايوجد إحصائيات دقيقة في بلادنا حول هذا الاضطراب وتدل الممارسة العيادية على وجوده وانتشاره الواضح .

أعراض وصفات اضطراب نقص الانتباه / فرط الحركة:

تشمل الأعراض الأساسية لاضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة فرط النشاط الحركي والاندفاعية وعدم التركيز إضافة للتغيرات الانفعالية الحادة . ويظهر هذا الاضطراب قبل سن السابعة من العمر . وهو يأخذ ثلاثة أشكال :

الشكل الأول وفيه تكون أعراض نقص الانتباه هي المسيطرة على الصورة المرضية . ونسبته حوالي ٥٪ من الناس وفيه تزداد نسبة الإناث عن الأشكال الأخرى .

الشكل الثاني وفيه تكون أعراض فرط النشاط أو الحركة هي المسيطرة على الصورة المرضية ونسبته حوالي ٢٪ وفيه نسبة عالية من الذكور . والشكل الثالث هو مزيج من الشكلين السابقين ونسبته حوالي ٣٪ ، وهذا الشكل الأخير أكثر انتشاراً عند الأطفال والمراهقين مقارنة بالكبار .

ويفيد هذا التقسيم لأن هذه الأشكال تختلف من حيث تطورها وإنذارها وأيضاً من حيث استجابتها للعلاج .

والأطفال المصابين بهذا الاضطراب تظهر أعراضهم المرضية في أكثر المجالات التي يعيشون فيها مثل المحيط المنزلي والمحيط

المدرسي والمحيط الاجتماعي . ويمكن لشدة هذه الأعراض المرضية أن تتغيرفي هذه المجالات ولكنها تبقى موجودة . كما أن الأعراض المرضية تتأثر بدرجة الضبط في المحيط الخاص وبدرجة الإثارة الموجودة فيه وبالحالة الانفعالية للطفل . وأيضاً تتأثر بالحالة الفيزيولوجية للطفل مثل اليقظة العامة والجوع وقلة النوم .

ومعظم الأطفال المصابين يشعرون بالضغوط والانزعاج في الوسط المدرسي مقارنة مع المنزل ، وتظهر تصرفاتهم الاندفاعية وفرط نشاطهم الحركي في المدرسة بصورة أوضح .

كما تزيد التصرفات الاندفاعية وفرط النشاط في أوساط التجمعات أو الأماكن الصاخبة مثل الممرات وغرف الانتظار والردهات وفناء الفسحة وغيرها .

ويمكن أن يبدو الطفل مختلفاً بالنسبة لمن يراقبه وفقاً للمحيط الذي يكون فيه . وقد يظهر الطفل عادياً وهادئاً في عيادة الطبيب الهادئة وذلك بسبب هدوئها أو بسبب خوفه من السلطة التي يمثلها الطبيب ولكنه غير ذلك في المنزل والمدرسة . .

وتشمل أعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط : عدم الانتباه للتفاصيل وكثرة الأخطاء في الواجبات المدرسية أو العمل أو غير ذلك من النشاطات . وعدم القدرة على المحافظة على الانتباه وقتاً كافياً في اللعب أو في المهارات المدرسية المتنوعة . ويبدو الطفل وكأنه غير مصغ عند الحديث إليه . وهو لايتبع التعليمات المطلوبة ويفشل في إنهاء واجباته على الشكل المطلوب

ولديه صعوبات في تنظيم المهمات المطلوبة منه والنشاطات . وهو يكره ويتجنب ويرفض الأعمال التي تتطلب تركيزاً طويلاً مثل الأعمال المدرسية والواجبات . وهو ينسى الأشياء الضرورية لإنهاء مهمات معينة أو نشاطات مثل الأدوات أو الأقلام أو الكتب وغيرها . ويتشتت انتباهه بسهولة في حال وجود مثيرات أخرى أثناء قيامه بمهمة معينة . وهو كثير النسيان في نشاطاته اليومية . وكثيراً مايتحرك في كرسيه أو يتململ أو يحرك يديه أو رجليه . وهو يغادر كرسيه بشكل غير مناسب مع الموقف المطلوب . وكثيراً مايركض ويتسلق ويتحرك في المكان الذي يوجد فيه . وهو يتحرك كثيراً أثناء النوم . ولديه صعوبات في أن يقوم بألعاب أو نشاط ترفيهي بشكل هادىء . وكثيراً مايكون جاهزاً للإنطلاق (On The Go) وكأن داخله محركاً يحركه (Driven By Motor) وهو يتكلم كثيراً . ويجيب على الأسئلة قبل إنتهاء السؤال ، وعموماً هو يتصرف قبل أن يفكر (Act before thinking) وهو يجد صعوبة في انتظار دوره . وهو يقاطع الآخرين ويتدخل فيهم في اللعب أو الحوار .

وهو سهل الاستثارة والغضب عند أقل إثارة أو تحريض ، وهو يتعرض للمشاجرات والمضاربات كما أن سلوكه الاستكشافي واضح وحيوي فهو يدخل أماكن جديدة ويتعرف على أشياء جديدة وهو يتلمس ماحوله ويصعد السلالم ويمكن له

أن يتعرض للحوادث وكسر الأشياء المحيطة به لأنه يفتحها ويحركها ولايكتفي بالنظر إليها كما أن يدخل أماكن غير أمينة ويمكن له أن يقع في حفرة ويتعرض للكسور والجروح وأيضاً التسممات بسبب تناوله لأشياء لايعرفها جيداً لأنه يجربها ويتذوقها . كما أنه يمكن له أن يتسبب في أذية الممتلكات وخرابها دون قصد .

وكما هو واضح فإن معظم هذه السلوكيات هي سلوكيات شائعة عند الأطفال ولايمكن إعتبارها مرضاً واضطراباً إلا إذا كانت شديدة ومستمرة وتؤدي إلى سوء في التكيف .

التشخيص :

وهو يعتمد وفقاً للتصنيف الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية عام ١٩٩٤ على وجود ستة صفات وسلوكيات على الأقل من السلوكيات والصفات التي تتعلق بعدم الانتباه (Inattention) أو وجود ستة صفات وسلوكيات على الأقل من السلوكيات والصفات التي تتعلق بفرط النشاط أو الاندفاعية (Impulsivity) أو من كليهما [أنظر ملحق رقم (١) تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط] .

وهذه الصفات والسلوكيات التي تؤدي إلى سوء التكيف ونقصه يجب أن يظهر بعضها على الأقل قبل سن السابعة من العمر ، وأن لاتقتصر الأعراض على مجال واحد محيط بالطفل بل تتعداه إلى مجالين على الأقل مثل البيئة المنزلية والمدرسية .

إضــافــة لـذلـك يـجـب حــدوث تـدهـور هـام في الأداء الاجتماعي المدرسي أو المهني ، ويجب أن لاتكون هذه الأعراض جزءاً من أعراض اضطرابات الطفولة المتعممة أو الفصام أو غير ذلك من الاضطرابات الذهانية . كما أن هذه الأعراض لاتفسر بشكل أفضل من خلال تشخيص اضطراب نفسي آخر مثل الاضطرابات المزاجية (Mood disorder) أو اضطرابات القلق أو الاضطراب التفككي (Dissociation disorder) أو اضـطـراب الشخصية (Personality Disorder) .

ويحدد شكل الاضطراب على أنه الشكل المشترك لنقص الانتباه/ فرط النشاط إذا كان هناك ستة من الأعراض المتعلقة بعدم الانتباه وستة من الأعراض المتعلقة بفرط الحركة والاندفاعية خلال الأشهر الستة الماضية .

وأما الشكل الذي يغلب فيه نقص الانتباه فهو يحدد بوجود ستة أعراض من أعراض عدم الانتباه وأقل من ستة أعراض من فرط النشاط والاندفاعية خلال الأشهر الستة الماضية .

والشكل الذي يغلب فيه فرط النشاط يتحدد بوجود ستة أعراض من أعراض فرط الحركة والاندفاعية ووجود أقل من ستة أعراض من أعراض عدم الانتباه في الأشهر الستة الماضية .

ويستعمل تعبير نقص الانتباه/ فرط النشاط في مرحلة خمود جزئي (هدأة) (In Partial Remission) في حال وجود بعض

أعراض الاضطراب في الوقت الحالي ولكن لاينطبق على الحالة وجود المعايير التشخيصية الكاملة السابقة الذكر . ويستعمل هذا التعبير عادة في حالات المراهقين والكبار الذين كانت أعراضهم واضحة سابقاً تم تحسنت حالتهم نسبياً وبقي لديهم عدد من الأعراض .

وكما هو واضح من المعايير السابقة فإنها تحاول أن تحدد سلوكيات وتصرفات محددة يقوم بها الطفل مما يسهل قياس هذه السلوكيات والتعرف عليها وإثبات وجودها .

ومن الملاحظ أن معظم هذه السلوكيات ليست "أعراضاً خاصة" وهي تتشابه مع سلوكيات الأطفال الاعتيادية ولكن تختلف بشدتها أو كثرة تكرارها واستمراريتها وسياق حدوثها .

والتشخيص ليس صعباً في أكثر الحالات وتظهر صعوبة التشخيص في حال عدم توفر معلومات كافية عن الطفل وتاريخه المرضي وفي الحالات الخفيفة أو المختلطة مع اضطرابات أخرى .

[أنظر ملحق رقم (٢) التشخيص التفريقي لاضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة] .

الأسباب :

لايوجد أي دليل على وجود آلية دماغية واحدة مسؤولة عن كل أعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط . كما أن مجموعة المرضى المصابين متنوعة في أعراضها وشكل الاضطراب

الذي تعاني منه . ويبدو أن عدداً من العمليات السببية تؤدي إلى نفس الصورة العيادية للاضطراب .

وقد بينت الدراسات العائلية وجود عامل وراثي مسبب ، حيث يظهر الاضطراب في نفس العائلة وخاصة بين الأقرباء الذكور للمصاب بالاضطراب . وتتكرر الإصابة العائلية عموماً بنسبة ٣٠٪ .

ودراسات التوائم وحيدة البيضة تظهر نسبة ٩٢٪ إصابة بالاضطراب مقارنة مع ٣٣٪ للتوائم ثنائية البيضة .

ولايوجد دليل وجود اضطراب في مورثة محددة كما أن نمط الانتقال الوراثي لاينطبق عليه قوانين الوراثة القاهرة أو المتنحية أو المرتبطة بالصبغيات الجنسية . والنظرية الأرجح أن نمط الوراثة هو متعدد المورثات (الجينات) (Polygenic) .

والأسباب الأخرى تتعلق بأنواع مختلفة من الأسباب العصبية الطبية مثل الإصابة الدماغية - اضطراب عصبي - انخفاض وزن الوليد - التعرض لتسمم عصبي . وأيضاً مشكلات الحمل الطبية أو تعقيدات الولادة مثل النزف أو نقص الأوكسجين قبل الولادة . وكل ذلك يمكن أن يتسبب في رض الجهاز العصبي . والمعلومات الحالية تفيد بأن مشكلات الحمل ونقص الأوكسجين ليست مرتبطة ارتباطاً كاملاً بظهور الاضطرابات العصبية مثل الشلل الدماغي . . وبالتالي ربما لاتشكل هذه الأسباب إلا نسبة ضئيلة من حالات اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط .

ويبدو أن العوامل "ماقبل الولادية" أكثر أهمية من تعقيدات الولادة في إحداث هذا الاضطراب. ومثلاً فإن انخفاض وزن الوليد يمكن أن يكون مؤشراً على ظهور اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط فيما بعد مع أو بدون تعقيدات الولادة. كما أن التعرض للمواد السمية داخل الرحم مثل الكحول (الأم الكحولية) أو الرصاص الموجود في تلوث الهواء وعادم السيارات والطلاء يمكن أن يؤدي إلى اضطراب السلوك.

وتبين الدراسات أن الأعراض العصبية الظاهرة مثل الصرع أو الشلل الدماغي تشخص في حوالي ٥٪ من حالات اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط.

ويكون تخطيط الدماغ مضطرباً بنسبة ٢٠٪ من حالات نقص الانتباه/ فرط النشاط مقارنة مع نسبة ١٥٪ عموماً. أما التصوير الطبقي للدماغ فهو طبيعي عادة. وقد بينت بعض الدراسات الحديثة بواسطة التصوير بالرنين المغنطيسي على أن الحجم العام للدماغ هو أصغر بنسبة ٥٪ من الأطفال العاديين، وأيضاً فإن عدم التكافؤ في الشكل بين نصفي الكرة المخية اليمنى واليسرى الطبيعي يكون غائباً في حالات نقص الانتباه/ فرط النشاط، وتكون المنطقة المذنبة اليمنى أكبر (Caudate). كما أن المناطق الخلفية من الجسم الثفني (Corpus Collosum) أصغر عند بعض الحالات.

وتدل دراسات أخرى بواسطة الاختبارات النفسية العصبية وتصوير الدماغ بوسائل متنوعة، على أهمية الفص الجبهي في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط لأن الفص الجبهي مسؤول عن ضبط الاستجابات الحسية والاندفاعات وهو يهيىء الدماغ للفعل الإرادي . وأما الأعراض العصبية الخفيفة مثل الحركات غير الدقيقة أو الخرقاء (Clumsy) وخلط التمييز بين اليمين واليسار وسوء التوافق الحسي الحركي وصعوبات الكتابة فهي منتشرة في حالات اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ولكن ١٥٪ من الأطفال الطبيعين يظهر لديهم عدد من هذه الأعراض العصبية الخفيفة .

وتبين الدراسات أن اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط يترافق مع عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى والاضطرابات العضوية واستعمال بعض الأدوية . . ويمكن أن يساعد ذلك في تفهم أسباب هذا الاضطراب وأن يساهم في تطوير النظريات والأبحاث المستقبلية التي تحاول تحديد الأسباب الواضحة له .

والعلاقة مع اضطراب السلوك المنحرف علاقة قوية حيث تتشارك هذه الحالات في ٤٠٪ من الحالات على الأقل . حيث نجد أن هناك علاقة بين العدوانية والاضطرابات السلوكية وفيما بعد يمكن أن تتطور إلى الشخصية المضادة للمجتمع . وهناك أيضاً علاقة مع اضطراب المعارضة عند الأطفال . وهناك علاقة مع

الاضطرابات الذهانية مثل الفصام واضطرابات النمو المتعممة ومنها اضطراب التوحد ولكن في حال وجودها لايطلق تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ويكتفى بالاضطراب الذهاني .

وقد وجد أن أطفال بعض المصابين بالفصام تظهر لديهم أعراض نقص الانتباه/ فرط النشاط وأنهم يتعرضون للإصابة بالفصام فيما بعد بنسبة أكبر من إخوانهم الذين لم تظهر لديهم أعراض نقص الانتباه/ فرط الحركة في الطفولة .

وهناك علاقة مع اضطراب الهوس الاكتئابي حيث نجد أن ٥٠٪ من الأطفال الذين يستجيبون لدواء الليثيوم هم مفرطو النشاط . وهذا الدواء هو اساسي في علاج الاضطراب المزاجي ثنائي القطب (الهوس الاكتئابي) . كما أن هناك علاقة مع الاكتئاب الكبير من حيث أستجابة بعضهم لمضادات الاكتئاب، ونقص فترة كمون الحركات السريعة للعين ، وأيضاً في العلاقة الوراثية .

ومن الممكن أن تكون بعض حالات اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط هي السلف والنذير (Percursor) لاضطرابات المزاج أو الفصام عند الكبار .

وهناك علاقة مع اضطراب توريت (Tourette's disorder) (وهو يتصف بظهور عرات حركية متعددة ومزمنة مع عرات

لفظية) وبنسبة ٢٥٪ من حالات الذكور المصابين باضطراب توريت . إضافة لعلاقة اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة مع اضطراب العرة (Tic Disorders) (تقلصات عضلية في الوجه) وبنسبة ٧٪ من الحالات . وأيضاً هناك علاقة مع الاضطراب الوسواسي القهري في الأطفال .

وهناك علاقة مع التخلف العقلي ويمكن تشخيص الحالتين معاً ولاسيما في حالات التخلف العقلي الخفيفة . وهناك علاقة واضحة مع اضطرابات التعلم المحددة مثل اضطرابات القراءة أو الحساب أو الكتابة واضطرابات اللغة واضطرابات المهارات العضلية وتناسقها .

وإضافة إلى ماسبق فإن هناك علاقة مع اضطرابات الشدة عقب الصدمة (Post Traumtic Stress disorder) وعلاقة مع حالات إيذاء الطفل أو إهماله .

ومن الناحية العائلية هناك ارتباط بين وجود اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة في أحد أفراد الأسرة وزيادة في الاضطرابات التالية : اضطرابات المزاج - اضطرابات القلق - اضطرابات التعلم - الاضطرابات المتعلقة بالمواد الإدمانية - الشخصية المضادة للمجتمع والهستيريا (اضطرابات تحويلية - وتكفككية مزمنة وغيرها) وذلك في أفراد الأسرة الآخرين . ومن الارتباطات الأخرى الارتباط بأعراض عضوية مثل عدم الاستجابة لهرمون

الغدة الدرقية وفرط نشاط الغدة الدرقية . وأيضاً الإمساك المزمن والجوع المزمن وفي هذه الحالات يبدو أن للعوامل الغذائية والعوامل المناعية دوراً فيها ولكن لايزال ذلك غير مؤكد .

ويمكن لبعض الأدوية أن تسبب في ظهور أعراض اضطرابات نقص الانتباه/ فرط النشاط مثل كاربامازبين (مضاد للصرع وغير ذلك) والمهدئات (بنزوديازبين) و(فينوباربيتال) . وأيضاً (الكافئين)و(ثيو فيللين) .

وكما هو واضح مما سبق فإن الأبحاث السريرية قد قدمت نتائج متنوعة حول الموجودات العضوية المرافقة لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ويدل ذلك على تنوع الأسباب المؤدية للاضطراب من جهة وعلى إمكانية فهم أفضل للأعراض الخاصة بهذا الاضطراب من جهة أخرى .

وقد اهتمت الدراسات بالناقلات الكيميائية العصبية وأهميتها فيما يتعلق بدور نقص مادة الدوبامين في المنطقة اللمبية (الحوفية) (Limbic) ومنطقة النواة المذنبة . حيث أن الأدوية المنشطة التي تفيد في حالات الاضطراب لها تأثير واضح على زيادة مادة الدوبامين . وأيضاً فإن كمية مادة حمض هوموفانيليك الناتج عن استقلاب الدوبامين يكون قليلاً في السائل الدماغي الشوكي للأطفال المصابين بالاضطراب وغير ذلك من نتائج . . ولكن في الوقت نفسه لاتفيد كل الأدوية التي تزيد من نشاط

الدوبامين ، كما أن الأدوية المضادة لمستقبلات الدوبامين لها تأثير علاجي . وهكذا فالنتائج متناقضة . .

وأيضاً فيما يتعلق بمادة نور أدرينالين ونقصها في منطقة التشكلات الشبكية (Reticular Formations) حيث أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة والأدوية المثبطة للخمائر وحيدة الأمين المؤكسدة (M.A.O.I) وكلونيدين يمكن أن تكون مفيدة في العلاج .

وهناك دراسات حول نقص تدفق الدم في منطقة النويات القاعدية وزيادته في المناطق الصدغية والقفوية . وعكس ذلك بعد استعمال الأدوية المنشطة المفيدة في الاضطراب .

ولابد من الإشارة إلى نظرية تأخر نضج الدماغ . . حيث يمر النضج بمراحل ولايكتمل النضج إلا في بداية الثلاثينات من العمر . ويمكن أن يحدث تأخر النضج (وأسبابه متنوعة غير محددة) وبالتالي تظهر أعراض نقص الانتباه/ فرط النشاط وبعد أن يحدث النضج الدماغي تتحسن الأعراض أو تزول لدى نسبة كبيرة من الحالات . ونظرية أخرى تؤكد على أهمية التغذية وعناصر الغذاء ومكوناته في نمو الدماغ وفي ظهور أعراض نقص الانتباه/ فرط النشاط ، ولاتزال النتائج غير أكيدة وربما تستفيد نسبة قليلة من الحالات من تعديل الغذاء [أنظر إلى صفحة (١٢٥) العلاج] .

ونظرية أخرى تشير إلى حدوث إصابة في الجملة العصبية المركزية . وأن الإصابة الدماغية تختلف في موقعها وشدتها ومرحلة النمو التي حدثت فيها . وأن هذه الإصابة يمكن أن تؤدي إلى موت الجنين أو الطفل أو شلل دماغي أو شلل دماغي خفيف أو صرع أو تخلف عقلي . والأشكال الخفيفة من هذه الإصابات الدماغية تؤدي إلى اضطرابات التعلم الخاصة أو نقص الانتباه/ فرط النشاط أو كليهما .

وهكذا فإنه لدينا مجموعة من النتائج حول أسباب اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط وهي تتلخص بالعوامل الوراثية ونقص وزن الوليد والتعرض للمواد السمية وإيذاء الطفل واضطرابات الغدة الدرقية وغير ذلك من الفرضيات والنظريات . وكما هو الحال في معظم الاضطرابات النفسية فإن الأسباب الدقيقة لاتزال مجهولة والاحتمالات متنوعة ومتشابكة ولاتزال الأبحاث جارية للوصول إلى نتائج أفضل وفهم أوضح لآليات الاضطرابات وأسبابها ومن ثم تصنيفها بشكل أفضل وفقاً للسبب المؤدي إليها .

وفي الوقت الحاضر يهتم الأطباء النفسيون الممارسون وغيرهم بإطلاق تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط "بطريقة عامة" وعملية على جملة من الأعراض والأحداث والتغيرات والأسباب المحتملة المتنوعة دون أن يعيق ذلك العلاج المناسب والبحث العلمي الدقيق للوصول إلى حالة أفضل من فهم

التشخيص التفريقي :

يصعب تفريق اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط في عدد من الحالات . . ولابد من تفريقه عن سلوك الأطفال النشيطين والمناسب لعمرهم ، وأيضاً عن حالات التخلف العقلي حيث تظهر عليهم أعراض نقص الانتباه . وعندما يترافق التخلف العقلي في بعض الحالات مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط فإن درجة نقص الانتباه وفرط النشاط يجب أن تكون شديدة ولاتتناسب مع العمر العقلي للطفل المتخلف . كما يجب التفريق عن حالات الأطفال الأذكياء الذين يعيشون في محيط تعليمي منخفض المستوى حيث تظهر على هؤلاء الأطفال أعراض متنوعة من نقص الانتباه إلى المواد الدراسية البسيطة التي لاتشبع ذكاءهم العالي .

ويفرق أضطرب نقص الانتباه/ فرط النشاط عن الاضطراب الأعتراضي (اضطراب المعارضة) بأن الطفل المصاب به لايرغب بالأنصياع والأستجابة لطلبات الآخرين في المدرسة أو البيت وكثير من المواقف الأخرى والذي يشكل نموذجاً عاماً للسلوك . وقد يكون التفريق صعباً لأن الأطفال المصابين بنقص الحركة / فرط النشاط يمكن أن يتطور لديهم اتجاهات ضد الواجبات المدرسية والمذاكرة وهم يقللون من أهمية ذلك كنوع من التبرير لفشلهم في التركيز على أداء هذه الواجبات .

ولايشخص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط إذا كانت الأعراض الموجودة تتناسب بشكل أفضل مع تشخيص اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب المزاج - اضطراب القلق - الاضطراب التفككي - اضطرابات الشخصية - اضطرابات متعلق بالمواد الإدمانية وغيرها. وفي كل هذه الاضطرابات فإن سن الظهور يكون عادة بعد السابعة من العمر، كما أن السلوك المدرسي للمصابين بها ماقبل ذلك العمر لايتصف بأعراض نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية. وفي بعض الحالات يمكن أن يترافق نقص الانتباه/ فرط النشاط مع أي من الاضطرابات السابقة وعندها يطلق التشخيص على كلا الاضطرابين معاً.

وفي حال وجود اضطرابات الطفولة المتعممة أو الفصام فلا يشخص اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ولايطلق كلا التشخيصين معاً.

وفي حال ظهور أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية بسبب استعمال بعض الأدوية مثل الموسعات القصبية وايزوينيازيد والمهدئات الكبرى (ومن أعراضها الجانبية فرط الحركة والتململ) لايطلق تشخيص الاضطراب عليها بل تشخص على أنها اضطراب متعلق بالأدوية. وهنالك قائمة أخرى من الاضطرابات النفسية والحالات النفسية الاجتماعية والأمراض العصبية والطبية والغذائية وغيرها التي يجب أن تفرق عن اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط.

[أنظر ملحق رقم (٢) التشخيص التفريقي لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط].

الموجودات المخبرية والعيادية:

هناك عدد من الموجودات المخبرية والعيادية في بعض حالات اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط. ومنها زيادة نسبة الرصاص في الدم وأيضاً الزنك، واضطراب مستوى هرمونات الغدة الدرقية. ويظهر الصرع عند نسبة قليلة من الحالات، وأيضاً بعض الاضطرابات في تخطيط الدماغ بنسبة قليلة، وفي تخطيط الدماغ أثناء النوم يظهر نقص في ظهور مرحلة حركة العين السريعة وزيادة الحركة أثناء النوم وأيضاً زيادة فترة الدخول إلى النوم (الأرق). وفي الفحص الجسمي العصبي يمكن أن نجد بعض الاضطرابات الجسمية التشريحية الخفيفة إضافة للأعراض العصبية الخفيفة (اللينة).

سير الاضطراب وإنذاره:

غالبية حالات الاضطراب تتحسن في مرحلة المراهقة والشباب وتصل النسبة إلى ٨٠٪ من الحالات. ولكن بعض أعراض الاندفاعية تستمر إلى مابعد التاسعة عشرة من العمر وبنسبة ٣٠ - ٥٠٪ من الحالات. ويكون التحسن كبيراً في أعراض فرط النشاط ولكن تبقى بعض الأعراض عند عدد من الحالات في سن الشباب مثل التململ وعدم القدرة على الجلوس فترة طويلة دون أن يؤثر ذلك على التكيف العام.

وعموماً لايمكننا القول بان اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط هو اضطراب حميد وغير خطير . أو أنه يشفى تلقائياً . حيث نجد أن هناك نقص في المهارات الاجتماعية وفي تقدير الذات لدى نسبة كبيرة منهم في مرحلة بداية الشباب . كما أن تحصيلهم الدراسي أقل من الأشخاص العاديين . وهم يتعرضون لنسبة أكبر من حوادث السيارات . وهم أقل استقراراً في عملهم ومسكنهم وهم ينتقلون كثيراً . ويستعملون الكحول والمارجوانا أكثر من الآخرين في مرحلة المراهقة ولكن ليس في مرحلة الشباب (بعد ١٩ سنة) . ويتعرضون لمشكلات مع القانون وجرائم الجنايات . كما أنهم يقومون بمحاولات الانتحار أكثر من غيرهم . ولديهم أعراض أكثر من القلق والمخاوف والأعراض التجسيمية والرضوض النفسية الجنسية . ولاتزيد اضطرابات سوء استعمال الكحول أو المخدرات أو الفصام وفقاً لبعض الدراسات .

وهناك علاقة متكررة في الدراسات بين اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط وبين الشخصية المضادة للمجتمع حيث تصل نسبة ذلك إلى ٢٥ - ٣٠٪ من الحالات في مرحلة الشباب ، ولاسيما عند ما يظهر لديهم اضطراب السلوك المنحرف قبل ذلك . وعلى الرغم من أن اضطراب السلوك يترافق مع ٤٠ - ٧٠٪ من الحالات في مرحلة الطفولة فإن نسبة منها تتحسن مع العمر . والحالات التي لاتترافق مع العدوانية في الطفولة لاتؤدي إلى

ظهور السلوك المنحرف أو العدوانية أو السلوك المضاد للمجتمع في مرحلة الشباب .

وعند الكبار يمكن أن تستمر أعراض متبقية من نقص الانتباه والاندفاعية والتغيرات المزاجية على الرغم من أن أعراض فرط النشاط الحركي قد تحسنت تماماً . وفي بعض الدراسات تبين أن ٢٪ من البالغين يعانون من أعراض هذا الاضطراب وهم يستجيبون لنفس العلاجات .

ويرتبط الإنذار الأفضل للاضطراب عموماً بعدم وجود اضطرابات أخرى مرافقة وأيضاً بوجود نسبة ذكاء عالية ووجود وسط اجتماعي داعم وزيادة التحصيل الدراسي أو العملي أو الاجتماعي .

العلاج :

يتضمن العلاج عدداً من المحاور وهي : العلاج السلوكي والعلاج التعليمي التربوي والعلاج الدوائي والحمية الغذائية .

والعلاج السلوكي يتضمن تدريب الطفل على زيادة التركيز والتخفيف من فرط النشاط وتعديل السلوك المزعج . وتستعمل في ذلك مختلف الأساليب السلوكية ومنها التدعيم الإيجابي وجدولة الأعمال والواجبات المطلوبة والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التشجيع والمكافأة. والتدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيد من التركيز والمثابرة مثل تجميع الصور وتصنيف الأشياء

والكتابة المتكررة وغيره . وأيضاً الإبعاد المؤقت عند ظهور السلوك الاندفاعي أو العدواني (Time Out) .

إضافة إلى تعديل درجة الإثارة في البيئة المنزلية مثل توفير الغرفة الهادئة للمذاكرة مع إبعاد المؤثرات الصوتية والبصرية مثل التلفزيون والألعاب والألوان الصارخة المثيرة . وأيضاً الابتعاد عن الحفلات والأسواق التجارية . وتعتبر هذه الأساليب من النصائح العامة الضرورية ولايوجد دراسات مؤكدة على فعاليتها .

والعلاج التعليمي يتضمن العلاج الخاص في عدد من الحالات بسبب نقص التحصيل المدرسي وأيضاً التعليم الفردي وزيادة نسبة المدرسين إلى الأطفال . ويفضل عموماً وجود عدد قليل من الأطفال في نفس الفصل وأن تكون النشاطات ضمن مجموعات صغيرة إضافة للجلوس في المقاعد الأمامية لزيادة المراقبة والضبط . وأيضاً زيادة المراقبة والمتابعة في الفسح ودروس الرياضة وفي ركوب الباص والجلوس في المقصف (كافتيريا) .

[أنظر إلى ملحق رقم (٣) ملاحظات سلوكية علاجية] .

وأما العلاج الدوائي فهو يتضمن العلاج بالمنشطات النفسية من زمرة (الأمفتامين) . وقد بدأ استعمالها منذ عام ١٩٣٧ .

ويعتبر (ميثيل فنيديت) (Methylphenidate) (Ritalin) أكثرها استعمالاً . ومنها (دكسترو أمفتامين) (Dexedrine) و(أمفتامين) (Adderall) وغيرها .

والمركبات قصيرة الفعالية (٤ - ٦ ساعات) (٢ - ٣ جرعات يومياً) أكثر فعالية من المركبات طويلة الفعالية . وهي فعالة في زيادة الانتباه وتخفيف الحركة والاستجابات الاندفاعية . وهي لاتستعمل قبل عمر ٣ سنوات . وفي حال عدم فائدة أحدها يمكن استعمال مركباً آخر من نفس الزمرة .

وهذه الأدوية تستعمل خلال النشاط المدرسي وفي المنزل ويمكن استعمالها في العطلات والمناسبات الاجتماعية إذا كان ذلك ضرورياً . وهي لاتسبب الإدمان في حالات الأطفال ولاترتبط بظهور الإدمان في مرحلة الشباب . وتؤثر على تخفيف الشهية في الأسابيع الأولى من الاستعمال ولكن ذلك يتحسن مع الوقت ويفضل عموماً تناول الدواء بعد تناول الوجبات كي لا تتأثر الشهية وهي تسبب أرقاً إذا استعملت في وقت المساء ولذلك تعطى الجرعة الأخيرة وقت العصر .

وعلاقتها مع تأخر نمو الطول غير ثابتة . ومن أعراضها الجانبية ظهور العرات الحركية (Tics) في بعض الحالات، وإمكانية زيادتها لأعراض اضطراب (توريت) ولايحدث ذلك بالضرورة في كل الحالات .

وفي حالة ظهور أعراض اندفاعية وزيادة في الكلام يجب تخفيف الدواء أو تغييره . ويوصى بإجراء تخطيط للقلب قبل إعطاء المنشطات النفسية، وهي لاتوصف في حال وجود أمراض قلبية أو زيادة الضغط الشرياني أو فرط نشاط الدرقية .

وتخفف المشروبات العادية الحامضية من امتصاص المنشطات مما يقلل من تأثيرها، وكذلك دواء فينوتئين المضاد للصرع. وتزيد مدرات البول من زمرة (ثيازيد) (Thiazide) من مستواها في الدم ويحاصر (سيرناس) (Serenase) التأثير المنشط الدماغي وكذلك (كلوربرومازين) (Chlropromzine)، وهو يستعمل في حالات التسمم بالمنشطات لتخفيف ارتفاع الضغط. ويستعمل أيضاً دواء (فينتولامين) (Phentolamine) في حالات التسمم بالمنشطات أيضاً.

ومن الأدوية الأخرى المستعملة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مثل (تفرانيل) (Tofranil) وغيرها. وهي فعالة ومفيدة.

ويمكن أن تفيد مركبات مثبطات الخمائر وحيدة الأمين المؤكسدة (MAOI) ولكنها تستعمل على نطاق ضيق بسبب أخطارها. ويبدو أن (كلونيدين) مفيد جداً ولايستعمل إلا قليلاً. وأيضاً يفيد (مغنزيوم بيمولين) (Pemolin) (Cylert) في عدد من الحالات التي لاتتجاوب مع الأدوية السابقة ولكن له تأثيرات قد تكون ضارة على الكبد في ١ - ٣٪ من الحالات.

ويفيد أيضاً استعمال المهدئات الكبرى مثل (سيرناس) بجرعات خفيفة ولكنها غير مناسبة على المدى الطويل. وأما (الليثيوم) فهو لايفيد عموماً إلا إذا كانت الحالة اضطراباً مزاجياً ثنائي القطب. ويفيد استعمال دواء (بروبروبيون) (Bupropion).

ويستعمل دواء (كاربامزبين) (Tegretol) بشكل واسع في بريطانيا ولايوجد دلائل واضحة على فائدته .

ولاتستعمل المهدئات من زمرة (بنزوديازبام) أو مركبات (الباربيتورات) في تهدئة أعراض هذا الاضطراب . . وهي على العكس يمكن أن تزيد من الأعراض . وفي حالات الأرق المصاحبة يفضل استعمال (دي فينيل هيدرامين) و (كلورال هيدريت) لأن احتمال زيادتها للأعراض أقل .

وعموماً يبدو أن العلاج الدوائي لايشفي الاضطراب بل يساعد الدماغ على معاوضة الاضطرابات العصبية الفيزيولوجية وسوء أدائها .

والعلاج الدوائي يجب أن يستمر لعدة سنوات وفي حالات كثيرة يمكن التوقف عن العلاج في سن المراهقة . ولكن يحتاج بعضها لاستمرار العلاج . ولايوجد دراسات كافية عن استعمال المنشطات النفسية وغيرها في عينات المرضى كبار السن ولكن يمكن لها أن تفيدهم .

وأما الدراسات المتعلقة بالحمية الغذائية مثل الامتناع عن تناول أصبغة الطعام والساليسيلات فنتائجها متناقضة وربما تفيد في بعض الحالات ٥ - ١٠٪ .

وأما الإدعاءات بأن زيادة تناول السكريات ومن ثم الحرمان منها خلال اليوم مما يؤدي إلى نقص في سكر الدم وأعراض نقص

الانتباه/ فرط الحركة فلايبدو أنها صحيحة إلا في حال وجود نقص غذائي مسبق .

والعلاج بجرعات عالية من الفيتامينات غير مفيد ويمكن أن يؤدي إلى آثار انسمامية . وأيضاً العلاج بالمعادن مثل الزنك والمغنزيوم والنحاس وغيرها .

وأما نظرية التحسس الغذائي وعلاقته بالاضطراب السلوكي فلايوجد ما يدل على أن نقص الانتباه/ فرط النشاط ناتج عن عمليات ارتكاسية مناعية (Immunological Reactions) .

وتدل الدراسات عموماً على أن العلاج بالمنشطات النفسية يعطي نتائج واضحة على الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط الحركي ولكنه لايحسن بالضرورة الأداء المدرسي والتحصيل الأكاديمي كما أنه لا يؤدي إلى تحسن مستمر في السلوك العدواني أو السلوك المنحرف أو الأداء المهني أو العلاقة الزوجية أو التكيف العام طويل الأمد . وهذا ما يطرح أهمية العلاج السلوكي والتربوي والاجتماعي وضرورة اكتساب المهارات النمائية والمدرسية والاجتماعية مما يساعد المصابين في الوصول إلى درجات أفضل من التكيف .

ملحق رقم (١) *

تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط

(أولاً) : وجود ستة أعراض أو أكثر من أعراض عدم الانتباه أو ستة أعراض من أعراض فرط النشاط والاندفاعية وهي مستمرة لمدة ستة أشهر على الأقل تؤدي إلى تدهور وسوء في التكيف ولا تتناسب مع مرحلة النمو :

عدم الانتباه :

١ - كثيراً مايُظهر عدم الانتباه للتفاصيل أو كثرة الأخطاء في الواجبات المدرسية أو العمل أو غير ذلك من النشاطات .
٢ - كثيراً مايحدث له صعوبات في المحافظة على الانتباه لمدة كافية في اللعب أو المهارات المدرسية المتنوعة .
٣ - كثيراً مايبدو غير مصغ عند الحديث إليه .
٤ - كثيراً مايحدث عدم اتباعه للتعليمات المطلوبة ويفشل في إنهاء واجباته على الشكل المطلوب .
٥ - كثيراً مالديه صعوبات في تنظيم المهمات المطلوبة منه والنشاطات .
٦ - كثيراً مايتجنب ويكره ويرفض الأعمال التي تتطلب تركيزاً طويلاً (مثل الأعمال المدرسية والواجبات) .
٧ - كثيراً ماينسى الأشياء الضرورية لإنهاء مهمات معينة أو نشاطات (مثل الدمى - الكتب - الأقلام) .
٨ - كثيراً مايتشتت انتباهه بسهولة في حال وجود مثيرات أخرى أثناء قيامه بمهمة معينة .
٩ - كثير النسيان في نشاطاته اليومية .

فرط النشاط :

١ - كثيراً مايحرك يديه أو رجليه أو يتحرك في كرسيه ويتململ .
٢ - كثيراً مايترك مقعده في الصف أو في أماكن أخرى حيث يتوقع منه بقاؤه في مكانه .
٣ - كثيراً مايركض ويتسلق ويتحرك في المكان الذي يوجد فيه وبشكل غير مناسب (في حالات المراهقين والكبار يكون ذلك مقتصراً على الشعور بالتململ) .
٤ - كثيراً مالديه صعوبات في أن يلعب أو أن يقوم بنشاط ترفيهي بشكل هادىء .
٥ - كثيراً مايكون جاهزاً للإطلاق وكأن بداخله محرك يحركه باستمرار .
٦ - يتكلم كثيراً في أغلب الأحيان .

الاندفاعية :

١ - كثيراً مايجيب على الأسئلة قبل إنتهاء السؤال .
٢ - كثيراً مايجد صعوبة في انتظار دوره .
٣ - كثيراً مايقاطع الآخرين أو يتدخل فيهم (في الحوار أو الألعاب) .

(ثانياً) : بعض الأعراض السابقة التي أدت إلى سوء التكيف موجودة قبل سن ٧ سنوات من العمر .

(ثالثاً) : لاتقتصر الأعراض المؤدية إلى التدهور على مجال واحد محيط به بل تتعداه إلى مجالين مثل المدرسة والمنزل .

(رابعاً) : يجب وجود دليل واضح على تدهور وسوء الأداء في المجال الاجتماعي والمدرسي أو المهني .

(خامساً) : هذه الأعراض لايكون ظهورها منحصراً خلال سير اضطرابات النمو المتعممة أو الفصام أو غير ذلك من الاضطرابات الذهانية كما أن هذه الأعراض لاتفسر بشكل أفضل من خلال تشخيص اضطراب نفسي آخر مثل الاضطرابات المزاجية أو اضطرابات القلق أو الاضطراب التفككي أو اضطراب الشخصية .

* إعداد د . حسان المالح ١٩٩٩

ملحق رقم (٢) *

التشخيص التفريقي لاضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط

اضطرابات نفسية :
- اضطراب السلوك المنحرف .
- اضطراب المعارضة .
- الاكتئاب الكبير .
- القلق العام (أو المحدد) .
- اضطراب قلق الانفصال .
- اضطراب الشدة عقب الصدمة .
- اضطراب الهلع .
- اضطراب المخاوف المرضية (الرهاب) .
- الاضطرابات التفككية .
- الاضطرابات الذهانية - اضطرابات ما قبل الذهان .
- اضطرابات ذهانية متقطعة (ثنائي القطب -فصام -حدودي) .
- السلوك الذي يهدف إلى لفت الانتباه أو السلوك المخادع .

اضطرابات نفسية اجتماعية :
- الايذاء الجسمي أو الجنسي للطفل .
- إهمال الطفل .
- الملل .
- فرط الإثارة في المحيط .
- الحرمان الثقافي الاجتماعي .

أمراض عصبية :
- إصابة عصبية (بعد الرض أو بعد الالتهاب) .
- التسمم بالرصاص .

أمراض طبية :
- اضطرابات الغدة الدرقية .
- التهيج الناتج عن الأدوية :

الأدوية المنشطة الإدمانية - المنشطات الطبية : إفيدرين - الباربيتورات - بنزوديازيبين - كاربامازبين- ثيوفيللين .

غذائية :
فرط استعمال الكافئين . (شاي ، قهوة ، كولا ، شوكولاته ، غيرها)

الجوع .

الامساك .

الألم الجسمي الخفيف المزمن .

السلوك الطبيعي .

* إعداد د. حسان المالح ١٩٩٩

ملحق رقم (٣) *

ملاحظات سلوكية علاجية في اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط

١ - فترات الدراسة/ المذاكرة والواجبات/ عشرين دقيقة ثم راحة ثم زيادة المدة .

٢- هدوء عام أثناء المذاكرة دون تشويش أو مقاطعة .

٣- تذكير الطفل بالعودة إلى عمله الذي يقوم به في المدرسة أو البيت .

٤ - التأكيد على المراقبة العامة للطفل المستمرة/ المقاعد الأمامية في المدرسة تسهل ذلك .

٥- تقسيم المهارات المطلوبة والواجبات إلى وحدات أصغر وإنجازها .

٦- تنظيم العمل المطلوب والتخطيط له وتحديد مراحله .

٧- اللعب مع شخص واحد أو إثنين وليس ضمن مجموعة .

٨- الألعاب الهادئة عموماً .

٩- تدعيم أي سلوك آخر ماعدا السلوك المضطرب .

١٠- تدعيم أي سلوك بديل أو مناقض لنقص التركيز وزيادة النشاط .

١١- اعتراض السلوك المضطرب وتوقيفه/ التوجيه لسلوك آخر بديل إيجابي .

* إعداد د. حسان المالح ١٩٩٩

٤ الاضطراب التوحدي
مظاهـره. أسبابه .. وطرق العلاج

مقدمة :

يصنف الاضطراب التوحدي (Autistic Disorder) ضمن اضطرابات النمو المتعممة(Pervasive Developmental Disor- ders)عند الأطفال .

وهذه الاضطرابات تمثل أنواعاً مختلفة من الاضطرابات العصبية العضوية تتمثل بوجود نقص واضطراب في عدد من الوظائف الهامة والتي تؤدي إلى تمزيق منتشر ومتعمم في عمليات النمو النفسي والعقلي الطبيعية . وفي هذه الحالات لايمثل الاضطراب "بطءاً أو تأخراً" في عمليات النمو النفسي العصبي بل تغيراً وشذوذاً وانحرافاً في النمو . وكثير من هذه الحالات يترافق مع التخلف العقلي . ويتطلب العلاج محاور متعددة من التدريب وإعادة التأهيل طويلة الأمد .

ووفقاً للتصنيف الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية عام ١٩٩٤ فإن هناك أربعة أنواع لهذه الاضطرابات وهي :

١ - الاضطراب التوحدي (Autistic Disorder) : ويتضمن ظهور مبكر لاضطرابات في السلوك الاجتماعي واللغة والتواصل وتحدداً في النشاطات والاهتمامات . ونسبة انتشاره حوالي ١/ ٢٠٠٠ من الأطفال ، ونسبة الذكور إلى الإناث ٤ إلى ١ ، وربما تكون الإناث أشد إصابة وتخلفاً .

٢- اضطراب الطفولة التفككي (أو الانحلالي) (Childhood Disintegrative disorder) : والذي يتصف بصفات مشابهة للاضطراب التوحدي ولكنه يظهر بعد مرور سنتين على الأقل من النمو الطبيعي للطفل ومن ثم يفقد الطفل ما اكتسبه من مهارات النمو ويصل إلى سلوك ثابت يشبه السلوك التوحدي ونسبة انتشاره ١/ ٣٠٠٠٠ ونسبة الذكور إلى الإناث حوالي ٤ إلى ١ .

٣- اضطراب رت (Rett's disorder) وهو اضطراب مبكر الظهور ويتمثل بالتدهور النفسي العصبي المستمر منذ عمر ٥ أشهر إلى ٤ سنوات . حيث يقل نمو الرأس ويفقد الطفل المهارات اليدوية التي تعلمها وتظهر حركات في اليدين تشبه التغسيل أو العصر . وهو يظهر عند الإناث ويترافق مع التخلف العقلي وتأخر عام في النمو مع أعراض عصبية متنوعة مثل المشية المتأرجحة وحركات في الجذع وتأخر شديد في اللغة ونسبة انتشاره ١/ ١٠٠٠٠ من الإناث .

٤- اضطراب أسبرغر (Asperger's Disorder) وهو يشبه الحالات الخفيفة من الاضطراب التوحدي ولكن لايوجد تأخر في المهارات اللغوية ومهارات الذكاء . ونسبة انتشاره ١/ ١٠٠٠٠ ونسبة الذكور إلى الإناث حوالي ٤ إلى ١ .

وهذه الاضطرابات الثلاثة الأخيرة لاتزال حديثة نسبياً من

حيث وصفها والمعلومات المتوفرة عنها . . وهناك عديد من الأبحاث الجارية حولها حالياً . وأما الاضطراب التوحدي فقد وصف للمرة الأولى بواسطة ليوكانر (Leo Kanner) عام ١٩٤٣ . وأجريت حوله عديد من الدراسات ولدينا في الوقت الحالي معلومات هامة عن هذا الاضطراب ولكن لاتزال الدراسات جارية للتعرف عليه بعمق أكثر .

صفات وأعراض الاضطراب التوحدي :

تتلخص أعراض الاضطراب التوحدي في النواحي الثلاثة التالية :

١- اضطراب في عمليات التواصل الاجتماعي والعلاقة مع الآخرين .

٢- صعوبات في التخاطب اللغوي ونقص تطور اللغة وشذوذها .

٣- السلوك النمطي الغريب .

والناحية الأولى التي تتعلق بالتواصل الاجتماعي والعلاقة مع الآخرين تتضمن الانعزال والوحدة واللعب الفردي وعدم النظر في عيون الآخرين ونقص تقليدهم ومشاركتهم . ويبدو الطفل المصاب بالتوحد بارداً في عواطفه ولايبتسم للآخرين كما يبدو غير مكترث لدفء عواطفهم أو تعبيراتهم المتنوعة وليس لديه قلق الانفصال عنهم . ولديه صعوبات في تفهم انفعالات الآخرين وإشاراتهم وأيضاً في تفهم اللغة والتعبيرات الكلامية وغير الكلامية مثل نبرة الصوت والحركات التعبيرية للوجه واليدين

والجسم وغير ذلك . وتلاحظ الأم مثلاً أن طفلها لايرفع يديه طلباً لحمله ، كما أنه لايرتاح أو تظهر عليه السعادة عند حمله ، وهو لايتجاوب مع ملاعبته ودغدغته ومناغاته . ويمكن له أن يقوم بتصرفات محرجة اجتماعياً مثل نزع ملابسه والتبول أمام الآخرين أو التدخل غير المناسب فيهم وغير ذلك .

والناحية الثانية وهي صعوبات التواصل اللغوي ونقص تطور اللغة وشذوذها تتضمن عدم تطور اللغة والكلمات أو محدوديتها وصعوبة فهمها بسبب ترجيع الكلمات (صداء اللفظي) (Echolalia) أو عكس الضمائر (Pronoun Reversal) حيث يستعمل الطفل " أنت بدل أنا " في عباراته . إضافة للاستعمال الذاتي غير المفهوم للغة . ويكون ظهور الكلام متأخراً عموماً ويتصف بالغرابة وفي حالات أخرى لايحدث ظهور للكلام على الإطلاق .

وكثيراً ماتحافظ لغة الطفل على إنتاج الأصوات بشكل عادي وكذلك تركيبة الجملة من حيث القواعد ولكن الاضطراب الأساسي في معاني الكلمات ومدلولاتها الاجتماعية والتبادلية . ويتصل بوظائف اللغة واضطرابها اضطراب العمليات التجريدية والرمزية ويؤدي ذلك إلى نقص في اللعب الابتكاري والتخيلي .

والناحية الثالثة وهي السلوك النمطي الغريب وتتضمن المدى الضيق للتصرفات والاهتمامات والنشاطات حيث تكثر السلوكيات النمطية المتكررة والأعمال الروتينية التي يقوم بها

الطفل التوحدي . وهو ينزعج جداً ويغضب في حال تغير ذلك ويصر على بقاء الأشياء بنفس مكانها دون تغيير وهذا مايسمى الإصرار على الرتابة (Insistance On Sameness) . ومن التصرفات الغريبة بعض حركات اليدين المتكررة كأن يحرك الطفل أصابعه أو أشياء مفضلة لديه أمام عينيه مرات عديدة متكررة ، أو يقفز لأعلى وأسفل أو يمشي على أطراف الأصابع أو الدوران دون الإحساس بالدوخة أو التأرجح الشديد المتكرر (ربما يكون ذلك لإثارة مناطق التوازن في دهليز الأذن) .

وطريقة اللعب تكون نمطية فهو مثلاً يصف السيارات في خطوط مستقيمة غير متحركة دون أن يحركها أو يزيد سرعتها أو يغير اتجاهها . وأيضاً يدّور القطعة المعدنية مرات ومرات بنفس الطريقة دون أن يطور مايقوم به من لعب . وهو يبدو عموماً غير تلقائي وميكانيكي في طرقه وأساليبه .

وهناك صفات وأعراض أخرى يمكن أن تظهر لدى الطفل التوحدي مثل إدراك مشوه للروائح أو الطعم أو اللمس ، وصعوبة في العمليات البصرية والسمعية وفي عمليات التسلسل والتكامل المعرفي . وهو مثلاً لايحس بالألم أو بالحرارة مما يتسبب في الجروح أو الحروق . وقد يولع بالأضواء أو بأشياء لها بريق ولمعان . وقد لايرد على مناداته بإسمه ، وكثيراً مايظنه الأهل أصماً . وقد يظهر لديه خوف شديد من أشياء عادية كرؤية طائر يطير أو صوت

سيارة في الشارع . وبعضهم يكون سلبياً وخاملاً ولايتحرك إلا قليلاً ونسبة أكبر منهم يكونون كثيري الحركة والنشاط والاندفاعية والصراخ والتخريب والعدوانية . وبعضهم يسهر ليلاً ولاينام . وبعضهم يأكل نوعاً معيناً من الطعام فقط ويرفض أن يأكل أي نوع آخر . وبعضهم يؤذي نفسه من خلال ضرب رأسه بشكل متكرر أومن خلال عض أصابعه أو يده . وبعضهم يضحك أو يبكي دون سبب مفهوم . وفي مرحلة المراهقة ومابعدها يصاب بعضهم ممن يدرك إعاقته بالاكتئاب .

وتترافق معظم حالات الاضطراب التوحدي مع نقص في الذكاء حوالي (٧٥٪ من الحالات) وهي ٥٠٪ تخلف متوسط و٢٥٪ تخلف بسيط . ويمكن أن يحدث تغيرات في نسبة الذكاء خلال نموهم . ويظهر تباين وتناقض في قياس مكونات الذكاء لديهم . وبعض الدراسات وجدت علاقة بين نسبة الذكاء اللفظي وغير اللفظي وبين بعض الصفات السلوكية والأداء الكلي للمصاب . وفي بعض الحالات يمكن أن نجد قدرات فائقة ومهارات خاصة في الرسم أو الموسيقى أو الحساب .

التشخيص :

يتطلب تشخيص الاضطراب التوحدي وفقاً للتصنيف الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية (DSMIV 1994) مايلي :

أولاً : وجود عدد كاف من الأعراض المتعلقة بالنواحي الثلاثة السابقة الذكر . وهي ستة أعراض أو أكثر ، ومنها **إثنان على**

الأقل من الأعراض المتعلقة بالتواصل الاجتماعي والعلاقة مع الآخرين ، وعرض واحد على الأقل من صعوبات التخاطب اللغوي ونقص تطور اللغة وشذوذها ، وعرض واحد على الأقل من السلوك النمطي الغريب . [أنظر إلى ملحق رقم (١) تشخيص الاضطراب التوحدي لمزيد من التفاصيل] .

ثانياً : أداء غير طبيعي يظهر قبل سن ٣ سنوات من العمر في إحدى النواحي الثلاثة التالية : التفاعل الاجتماعي - استعمال اللغة في الإتصال الاجتماعي - اللعب الرمزي أو التخيلي .

ثالثاً : هذا الاضطراب لاينطبق عليه بشكل أفضل تشخيص اضطراب رت أو اضطراب الطفولة التفككي .

وفي عدد من الحالات العيادية يمكن أن يكون التشخيص صعباً بسبب نقص المعلومات عن الحالة وتطورها ، كما أن بعض الحالات لاتكون وصفية . وبعض الأعراض قد لاتكون موجودة وهنا يمكن إطلاق تشخيص "اضطراب نمو متعمم غير محدد" .

وكما ذكرنا سابقاً فإن اضطرابات النمو المتعممة تتشابه في عدد من الصفات والسلوكيات ولكن الدراسات الحالية والمعلومات المتوفرة توضح الفروق بينها والصفات الخاصة لسن ظهورها والأعراض الخاصة التي ترافقها وأيضاً إصابتها للذكور أو للأناث .

وفي تشخيص الاضطراب التوحدي يمكن استعمال عدد من القوائم التشخيصية المبسطة المساعدة المعتمدة على الملاحظات العيادية وملاحظات الأهل عن سلوك الطفل السابق .[أنظر ملحق رقم (٢) قائمة مساعدة في تشخيص الاضطراب التوحدي للمزيد من التفاصيل].

الموجودات السريرية ونتائج الفحوصات والأمراض المرافقة للاضطراب التوحدي :

يتبين بالفحص العصبي السريري لبعض حالات الاضطراب التوحدي وجود عدد من الأعراض والعلامات العصبية ليست ذات دلالة محددة (Nonspecific) مثل بقاء المنعكسات البدائية وتأخر السيطرة العصبية الدماغية في استعمال اليد والعلامات العصبية اللينة (الخفيفة) (Soft Neurological Signs) وأيضاً بعض الشذوذات التشريحية الجسمية . وفي التحاليل المخبرية يوجد اضطرابات في نشاط السيروتينين ولكن ذلك غير مشخص . وأحد التقارير أشار إلى أن ٨٠٪ من الحالات فيها تثبيط إيجابي لإختبار الديكسامثازون . وفي تخطيط الدماغ هناك اضطرابات منتشرة على الرغم من غياب الصرع . وفي التصوير الطبقي والرنين المغنطيسي للمخ يمكن أن توجد اضطرابات في بعض الحالات ولكن الموجودات متنوعة ولايوجد لها نمط ثابت .

ويمكن للاضطراب التوحدي أن يترافق مع مرض عصبي أو جسمي محدد مثل التهاب الدماغ – بيله فنيل ألانين – الورم

الحديبي- تناذر الصبغي المؤنث الهش في ٢-٥٪ من الحالات -نقص الأوكسجين عند الولادة -إصابة الأم بالحصبة الألمانية. وعندها تظهر الفحوصات والتحاليل أعراض هذه الأمراض المرافقة .

ويظهر الصرع في حالات الاضطراب التوحدي وخاصة في سن المراهقة وتصل نسبته إلى ٢٥٪ من الحالات ، ولاسيما الحالات المترافقة مع نسبة الذكاء المنخفضة، ويأخذ شكل الصرع الكبير أو الصرع الجزئي المركب .

الأسباب :

لاتزال أسباب الاضطراب التوحدي غير واضحة في الوقت الراهن . . ولكن يبدو أن العوامل الوراثية والعضوية هي الأسباب المسيطرة على نشوئه . وقد كان يعتقد سابقاً أن العوامل النفسية لها دور في ذلك مثل البرود العاطفي للأم أو الأبوين وابتعادهما عن الطفل وسلوكهما الوسواسي الدقيق . ولايوجد حالياً مايدل على سببية ذلك، وربما تكون هذه الصفات نتيجة للتعامل مع الطفل التوحدي أو أنها مرتبطة بالوراثة أو غير ذلك. وتدل الدراسات العصبية المرضية على أن هناك تغير في النمو العصبي يبدأ منذ الثلث الثاني للحمل . وتدل دراسة التوائم وحيدة البيضة على أن نسبة إصابتها تصل إلى ٣٦٪ مقارنة مع نسبة ٠٪ في التوائم ثنائية البيضة ، وهذا يدل على عامل وراثي هام . وتصل نسبة إصابة إخوة المصابين بالاضطراب التوحدي إلى ٢٪ وهي تعادل ٥٠ مرة

أكبر من نسبة انتشار الاضطراب بين الناس . ويشكو ٥ - ٢٥٪ من إخوة المصابين من تأخر في التعلم وعادة مايكون ذلك اضطراباً لغوياً . وأيضاً من التخلف العقلي أو الإعاقات الجسمية . وفي عدد من الحالات هناك دلائل على وجود وراثة جسمية متنحية .

ويمكن أن يترافق الاضطراب التوحدي مع عدد من الأمراض الجسمية والعصبية كما ذكر سابقاً ، وهذه الأمراض لها صفاتها وأعراضها الخاصة بها وفي هذه الحالات المترافقة تحدث تغيرات محددة ولاندري كيفية تأثيرها على ظهور أعراض الاضطراب التوحدي وعلاقتها بذلك . وبعض الدراسات أكدت على أهمية السيروتنين الدماغي واضطرابه في حالات الاضطراب التوحدي ولاسيما زيادة نشاطه . وفي دراسات أخرى تأكيد على اضطراب في المخيخ وعدم نموه وهذه الدراسات لاتزال محدودة . ويدل وجود العلامات العصبية الخفيفة (اللينة) على احتمال إصابة دماغية أو عدم نضج في الجهاز العصبي المركزي أو صعوبات في التوافق والتكامل العصبي ولايوجد اتفاق حول دلالة ذلك .

ولايزال البحث مستمراً للتعرف على آليات المرض وأسبابه .

سير الاضطراب وإنذاره :

يظهر الاضطراب التوحدي مبكراً بعد الولادة أو في الطفولة المبكرة . وكثيراً مايراجع الأهل الأطباء ظناً منهم أن الطفل يشكو من نقص في السمع لأنه لايتجاوب مع النداء والأصوات .

وهذا الاضطراب يعتبر اضطراب مزمن وشديد . . ويرتبط الإنذار الحسن بنسبة الذكاء الأعلى والمهارات اللغوية الأكثر ولاسيما مفردات الألفاظ واتساعها . وأيضاً المهارات الاجتماعية والتواصلية الأفضل . والظهور المتأخر زمنياً أفضل نسبياً .

والسير العام للاضطراب هو عموماً نحو التحسن التدريجي ولكن هناك عدم انتظام في سرعة التحسن . حيث يحدث تحسن سريع في فترة معينة ثم تحسن بطيء . وقد يحدث انتكاس ظاهر خلال التعرض لمرض جسمي ما أو التعرض للضغوطات والشدات النفسية ولاسيما أثناء مرحلة المراهقة . وتساهم الخدمات الداعمة والتعليمية بشكل واضح في تحسين الإنذار عموماً . وقد يكون التحسن في بعض المهارات دون بعضها الآخر وقد يكون متعمماً .

وعندما يصبح الأطفال التوحديون كباراً فإنهم يظهرون تحسناً تدريجياً في الأعراض المرضية ولكنهم يعطون انطباعاً عيادياً على أعراض إصابة دماغية متبقية . ووفقاً لدرجة شدة الاضطراب التوحدي فإن نسبة ٢ - ١٥٪ منهم يصلون إلى درجة عادية غير متخلفة في ذكائهم وأدائهم التكيفي . والأعراض الوسواسية القهرية تبقى واضحة في الكبار وهي تتضمن السلوك التكراري مثل المشي ذهاباً وإياباً بشكل عصبي متكرر وهز الجسم والتكرارية في الكلام (الوظوب) (Perseveration) والتأتأة . ويبقى الكبار

منعزلين وباردين اجتماعياً ولديهم درجة من المعارضة . ويمكن لنسبة قليلة منهم أن تعمل وأما الزواج والصداقات فهي نادرة .

العلاج :

يتضمن العلاج بشكل أساسي الأساليب السلوكية التي يمكن لها أن تساهم في ضبط وتعديل بعض الأعراض المرضية . وأن تساهم في زيادة التعامل والتبادل الاجتماعي وزيادة الاعتماد على الذات وتسهل سلوكيات الاستكشاف وزيادة المعلومات وتنمية المهارات [أنظرإلى الملحق رقم ٣ - ٤] .

وأساليب التعليم الخاص هي من الأساليب العلاجية المفيدة وهي تعتمد على مبادىء الثواب والعقاب واستعمال اللمس والحركة والصورة والمجسم (الموديل) للوصول إلى تعليم الفكرة المطلوبة . وتفيد أساليب التأكيد على التبادل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين من خلال النظام اليومي في البيت أو المدرسة أو المؤسسة الخاصة . إضافة إلى أساليب التأهيل والتدريب المهني وزيادة المهارات التكيفية . ويشترك الأهل مع المراكز الخاصة بتطبيق هذه الأساليب ويمكن للأخصائي أن يقوم بزيارات منزلية لتنفيذ الخطة العلاجية المناسبة والتعاون مع الأهل في رسم البرنامج المناسب الفعال والذي يتضمن جهوداً وتدريباً وتنظيماً يومياً للوقت والتعلم واكتساب المهارات تدريجياً .

وتدل بعض الدراسات على إمكانية تعلم استراتيجية ونمط صحيح في التعامل مع المعلومات بدلاً عن الأساليب النمطية الذاتية في التعامل معها ويجري التدريب مثلاً على تصنيف **الأشياء**

وفقاً للون أو الشكل أو الحجم وتدريب الطفل على عدة أساليب صحية في التعامل مع الأشياء والمحيط .

وأما العلاجات الدوائية فهي تتضمن المهدئات الكبرى مثل (هالوبيريدول) (Serenase) للسيطرة على الأعراض السلوكية الشديدة وفرط الحركة وبالتالي مساعدة الأساليب السلوكية والتعليمية . وهي تستعمل أيضاً في حالات الاندفاعية أو بطء السلوك والتفكير أو تستعمل الأدوية المنشطة مثل ريتالين (Ritalin) والتي قد تفيد أيضاً في حال وجود نقص النشاط الشديد أو نقص الانتباه وفرط الحركة والنشاط (ملاحظة : لايشخص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط كاضطراب مترافق إذا كانت أعراضه تظهر ضمن أعراض اضطرابات الطفولة المتعممة ومنها الاضطراب التوحدي) .

وتستعمل مضادات الصرع في حال وجود الصرع أو في حال وجود اضطراب كهربائي في تخطيط الدماغ والذي لايصل إلى درجة نوبات الصرع العيادية .

وتستعمل (حاصرات الأدرينالين من نوع بيتا) و(كلونيدين) في معالجة أعراض الاندفاعية والعدوانية . ويستعمل (نالتروكسين) (Naltrexone) في تحسين التبادل الاجتماعي وتخفيف السلوك النمطي وإيذاء الذات . ويمكن (للفلوكستين) (Prozac) وغيره من مضادات السيروتنين المحددة أن يفيد في علاج الأعراض الوسواسية النمطية والأعراض الاكتئابية المرافقة .

وهناك تقارير عن فائدة (أنافرانيل) (Anafranil) في التخفيف من أعراض الاضطراب التوحدي ومنها السلوك النمطي التكراري والغضب وإيذاء الذات وتحسين التبادل الاجتماعي . وهناك تقارير أخرى عن فائدة جرعات كبيرة من فيتامين ب ٦(B6) مضافاً إليها المغنزيوم في عدد من الحالات .

وبالنسبة لعلاج السلوك المؤدي إلى إيذاء الذات فإن ذلك يعتبر صعباً وهاماً في نفس الوقت، وعندما يظهر هذا السلوك مبكراً يكون علاجه أصعب . . ومن الأساليب المتبعة في تخفيف إيذاء الذات (والذي يشمل نزع الشعر وضرب الرأس والعض وغير ذلك) تخفيف القلق والتوتر والعلاج السلوكي والتثبيت الجسمي لمنع الأذى . وأحياناً قد يصل العلاج إلى إستئصال الأسنان . . إضافة للعلاج الدوائي والذي يمكن لعدد من الأدوية أن تساعد في ذلك (كما ذكر سابقاً) .

ومما لاشك فيه أن عدداً من الحالات الشديدة تحتاج إلى علاج داخلي فعال ضمن مراكز خاصة ولكن كثيراً من الحالات يمكن أن تبقى في المنزل .

ولابد من تقديم العون والدعم النفسي والعملي للأسرة وتفهم مشكلاتها وصعوباتها وإحباطاتها ، ويفيد أيضاً الاتصال بالأسر الأخرى التي لديها طفل توحدي مما يساعد على تبادل الخبرات وتبادل العون والدعم من خلال هيئات ومؤسسات خاصة .

كلمة أخيرة :

يمثل الاضطراب التوحدي أحد المشكلات الهامة التي تصيب تطور الطفل ولا بد قبل تشخيصه من تفريقه عن التخلف العقلي الاعتيادي . . حيث يتميز الأطفال المتخلفون عقلياً (كمجموعة) عن الأطفال المصابين بالتوحد بكون قدراتهم الاجتماعية وتواصلهم الاجتماعي اعتيادي بينما يشكو المصابون بالتوحد من تدهور واضح في قدراتهم الاجتماعية إضافة لسلوكياتهم الغريبة . كما أن الأطفال المصابين بالتوحد يختلفون عن الأطفال المصابين بالتخلف العقلي في مثل سنهم بتدهور قدراتهم اللغوية مقارنة مع المهارات الأخرى . ويمكن أن يترافق الاضطراب التوحدي مع التخلف العقلي ويكون التشخيص هنا مضاعفاً : الاضطراب التوحدي في المحور الأول والتخلف العقلي في المحور الثاني . وكلاهما بالطبع يشكل إعاقة مزمنة ، ويمكن لعدد من الأساليب السلوكية والتعليمية أن تكون مشتركة بينهما . ويمكن أن يستفاد من الخدمات والمؤسسات الخاصة بالتخلف العقلي لدعم وتأمين بعض احتياجات حالات الاضطراب التوحدي عند اللزوم .

ولابد من تفريق الاضطراب التوحدي عن اضطراب الفصام والذي اختلط به سابقاً ، ولكن تبين أن هذين الاضطرابين منفصلان تماماً . . والفصام يظهر في سن المراهقة والعشرينات من العمر ولكن يمكن له أن يظهر في سن الطفولة ولكن ليس قبل سن

خمس سنوات . إضافة لذلك فإن للفصام أعراضاً محددة مثل الهذيانات والهلاوس والتي تميزه عن الاضطراب التوحدي . ويمكن لنسبة قليلة من حالات الاضطراب التوحدي أن تتطور إلى الفصام فيما بعد إذا ظهرت الأعراض الوصفية له ولمدة شهر على الأقل .

كما لابد من تفريق الاضطراب التوحدي عن نقص السمع والصمم وإجراء الفحوصات اللازمة لذلك .

وفي الفحص العصبي يتطلب أعتبار عدد من أخطاء الاستقلاب الولادية والأمراض التنكسية في التشخيص التفريقي إضافة لإجراء تحليل للبحث عن بيلة فينيل كيتون وتحليل الصبغيات للبحث عن هشاشة الصبغي المؤنث . وكل ذلك يمكن أن يترافق مع الاضطراب التوحدي (كما ذكر سابقاً) .

ومن النواحي العملية لابد من التذكير بندرة الخدمات المتوفرة في بلادنا لرعاية وتأهيل المصابين بالاضطراب التوحدي ودعم ومساعدة ومساندة أهلهم . مما يطرح ضرورة توفير الخدمات المناسبة المتنوعة والمساعدة على تخفيف المعاناة الكبيرة والأعباء التي يمكن لهذا الاضطراب أن يتسبب فيها . ويتطلب ذلك تضافر الجهود الرسمية والطبية والاجتماعية والمؤسسات التطوعية والخيرية وغيرها من أجل تحقيق الحد الأدنى المناسب لمثل هذه الرعاية والتي تتضمن أساساً رعاية الطفولة بأفراحها ومشكلاتها وأمراضها .

ملحق رقم (١) *

تشخيص الاضطراب التوحدي

أولاً : وجود ستة أعراض على الأقل من الفقرات (١) و (٢) و (٣) مع وجود عرضين على الأقل من الفقرة (١) وعرض واحد على الأقل من الفقرة (٢) والفقرة (٣) .

(١)- اضطراب واضح في عمليات التواصل والتبادل الاجتماعي مثل :
أ- اضطراب واضح في استعمال التواصل غير اللفظي مثل النظر في العيون - تعبيرات الوجه - وضعية الجسم والإشارات التي تنظم التبادل الاجتماعي .
ب- الفشل في إقامة علاقات مع الآخرين مقارنة مع الأطفال في مثل سنه .
ج- نقص الاتجاه نحو المشاركة في الفرح أو الهوايات أو الإنجازات مع أشخاص آخرين . مثل عدم إظهار الأشياء المحببة أو إحضارها أو الإشارة إليها .
د- نقص التبادل والتجاوب الاجتماعي أو الانفعالي .

(٢)- اضطراب واضح في التخاطب واللغة مثل :
أ- تأخر أو نقص كامل في تطور الكلام (غير مترافق مع التعويض بواسطة الإشارات أو التقليد) .
ب- الأطفال الذين لديهم كلام مناسب لديهم اضطراب واضح في أبتداء الكلام أو متابعة الحوار مع الآخر .
ج- تكرار الكلام بشكل نمطي ، أو لغة ذاتية غريبة .
د- نقص في اللعب التلقائي أو اللعب المقلد المناسب لسن النمو .

(٣)- السلوك والهوايات والنشاطات التكرارية النمطية والضيقة كما تظهر فيما يلي :
أ- الولع الشامل بواحد أو أكثر من السلوكيات والاهتمامات النمطية ، غير الطبيعية في شدتها أو تمركزها .
ب- الالتزام الجامد وغير المرن بتصرفات روتينية أو طقوس غير ذات فائدة .
ج- سلوك حركي هادف تكراري ونمطي ، كأن يلوي أو يحرك الأصابع أو اليد أو حركات عامة معقدة للجسم .
د- اهتمام مستمر بأجزاء من الأشياء .

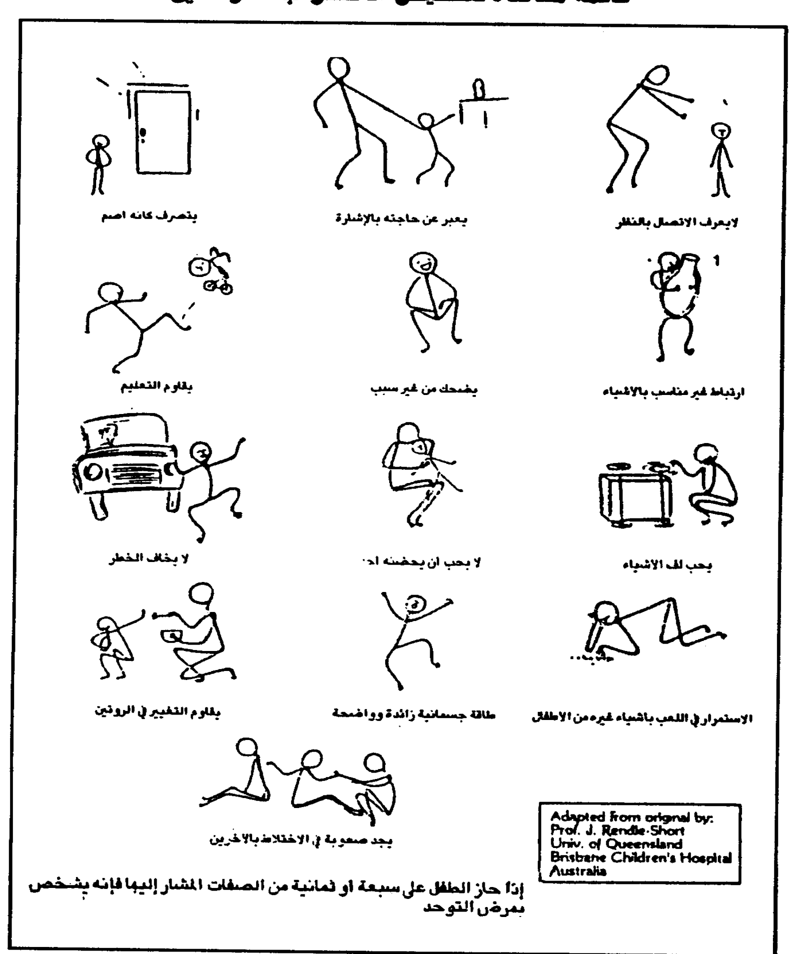
ثانياً: تأخر أو أداء غير طبيعي في أحد النواحي الثلاثة التالية على الأقل يظهر قبل سن الثالثة من العمر :
١ - التفاعل الاجتماعي .
٢ - استعمال اللغة في الإتصال الاجتماعي .
٣- اللعب الرمزي أو التخيلي .

ثالثاً : هذا الاضطراب لاينطبق عليه بشكل أفضل تشخيص اضطراب رت أو اضطراب الطفولة الانحلالي .

* إعداد د . حسان المالح ١٩٩٩

ملحق رقم (٢) *

قائمة مساعدة لتشخيص الاضطراب التوحدي



* مأخوذ عن كتاب : معاناتي والتوحد. سميرة عبد اللطيف السعد ١٩٩٢ (أنظر المراجع).

ملحق رقم (٣)

التحليل السلوكي لاضطراب السلوك *

م	السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذي استغرق	كم مره في اليوم	ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟	الاستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين	ما المكاسب التي عادت عليه من جراء السلوك كما يراها؟	اكتب هنا أي ملاحظات ارتبطت بظهور المشكلة
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١	ضرب أو اعتداء تحطيم ملكية شتائم إضرار بالنفس هروب بكاء وصراخ فزع تحرش رفض الاستجابة لأمر التبول أو التبرز اللاإرادي على النفس مشكلات أخرى :				١ - إثر رفض الطلب ٢ - إثر توبيخه ٣ - إثر نهيه عن شيء ٤ - إثر مشادة ٥ - إثر اللعب مع الأخوة ٦ - أحد الأفراد خاطبه بصوت عال ٧ - قبل الذهاب للمدرسة ٨ - الانشغال عنه ٩ - تجاهل طلبه ١٠ - معايرته ١١ - مقارنته بأحد إخوته ١٢ - قبل النوم ١٣ - الإعداد لاستقبال زائرين ١٤ - الإعداد للخروج ١٥ - حوادث أخرى :	١ - الأمر بأن يسكت ٢ - تهديد ٣ - تقييد الحركة ٤ - الخصام ٥ - حرمانه من ممتلكاته ٦ - عزله في مكان منفرد ٧ - الضرب ٨ - سؤاله عن سبب المشكلة ٩ - التوسل ألا يفعل ذلك ١١ - توجيه انتباهه لنشاط بديل ١٢ - التربيت على جسمه ١٣ - تغيير موضوع الحديث ١٤ - أشياء أخرى تذكر	١ - الانتباه له ٢ - الاستيلاء على شيء ٣ - عدم الذهاب للمدرسة ٤ - الهرب من أداء الواجب ٥ - عدم التنظيف ٦ - عقاب أحد الأخوة ٧ - عدم النوم في الوقت ٨ - تغيير مكان النوم ٩ - أي مكاسب أخرى تراها :	مثلاً : مولود جديد غيره انفصال مرتقب عن الأسرة شكاوى رسمية تغيرات بيولوجية كالعادة الشهرية عند الفتيات مشادات في الأسرة طلاق زواج حديث أيام العطلات أيام الدراسة التعرض لزائرين أو غرباء أوقات معينة بالليل أو النهار أي تغيرات جديدة خاصة بالأسرة أو الشخص أو العمل تذكر :

* مأخوذ عن كتاب : العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته . د . عبد الستار إبراهيم ، د . عبد العزيز عبد الله الدخيل د . رضوى ابراهيم ١٩٩٣ (أنظر المراجع) .

ملحق رقم (٤) *

قائمة بالمكافآت (المدعمات)

أجتماعات شخصية	نشاطات	ممتلكات
١- مساعدة الأم في المطبخ	١- الذهاب إلى الملاهي	١- ملابس . . .
٢- المدح	٢- رسم أو تكوين	٢- مجلات . . .
٣- اللعب مع الأب	٣- خياطة أو تفصيل	٣- كتب . . .
٤- الخروج للنزهة بمفرده	٤- قص ولزق	٤- أدوات . .
٥- الخروج للنزهة بصحبة الأسرة	٥- الصيد	٥- أقلام . .
٦- الخروج للنزهة بصحبة الأصدقاء	٦- السباحة	٦- صور للتعليق . .
٧- إعطاء وقت للانفراد	٧- صلاة جماعية	٧- مشروبات غازية
٨- الإصغاء والانتباه للشخص	٨- القيادة	٨- عصير أو أيس كريم
٩- التقريظ العلني وإبداء الإعجاب	٩- شراء أشياء من السوق أو المخبز	٩- لبس
١٠- الذهاب إلى حفلة	١٠- إطعام صغار الحيوانات	١٠- سجائر
١١- زيارة أصدقاء	١١- الدخول في مناقشة	١١- شوكلاته أو حلويات
١٢- الأنتماء لجماعة رياضية أو ناد (اجتماعية وشخصية)	١٢- غناء فردي أو جماعي	١٢- قهوة أو شاي
١٣- الكلام (تبادل الحوار)	١٣- مشاهدة تليفزيون - نشاطات	١٣- نقود - ممتلكات
١٤- إطلاق نكتة	١٤- الاستماع لراديو	١٤- أطعمة للتسلية
١٥- ألعاب (كرة القدم ، سلة ، تنس ، شطرنج ، سباحة ، مصارعة	١٥- القراءة	١٥- أشرطة تسجيل
١٦- التأييد	١٦- التربيت على الكتف أو الظهر	١٦- أشرطة فيديو
١٧- الاحتكاك البصري والابتسام	١٧- رحلات	١٧- ساندوتشات
١٨- الذهاب إلى الأسواق (ملابس، لعب سيارات ، أدوات كهربائية)	١٨- أعمل مشروباً	١٨- أدوات تلوين
١٩- التصفيق له	١٩- غسيل	١٩- راديو
٢٠- اللمس والقرب البدني	٢٠- تنظيف	٢٠- تليفزيون
٢١- المساعدة على عمل شيء	٢١- تربية حيوانات	٢١- كاميرا للتصوير
٢٢- تقديم شاي أو قهوة	٢٢- ركوب دراجة	٢٢- ساعة
٢٣- مناقشات	٢٣- كنس أو تنظيف	٢٣- ستريو
٢٤- اجتماعات عائلية	٢٤- خياطة	٢٤- منبه
٢٥- أشياء أخرى	٢٥- نط الحبل	٢٥- ترتيب الأثاث

* مأخوذ عن كتاب : العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته . د. عبد الستار ابراهيم ، د. عبد العزيز عبد الله الدخيل ، د. رضوى ابراهيم ١٩٩٣ (أنظر المراجع) .

٥ التبول اللاإرادي عند الأطفال
مظاهره .. أسبابه .. وطرق العلاج

يعتبر التبول اللاإرادي (بول الفراش - البُوال) (Enuresis) أحد المشكلات النمائية التي يتعرض لها الأطفال . وهي واسعة الانتشار وتتحسن عادة مع التقدم في العمر والنمو والوصول إلى سن البلوغ ، ونسبة قليلة تستمر ولاتتحسن .

وتصل نسبة الانتشار إلى حوالي ٧٪ من الأطفال الذكور في سن الخامسة و ٣٪ من الأطفال الإناث في نفس السن . بينما في سن الثامنة عشر تصل النسبة إلى حوالي ١٪ من الذكور وأقل من ذلك بالنسبة للإناث .

والتبول اللاإرادي يمكن أن يكون أثناء النوم وهو أكثر الأشكال انتشاراً ، أو أثناء اليقظة في النهار وهو أكثر انتشاراً في الإناث ويندر بعد سن التاسعة وتزداد فيه الأسباب العضوية . أو أثناء النوم والنهار معاً . وهو لا إرادي بشكل عام ويمكن أن يكون إرادياً في بعض الحالات .

ولايشخص عادة قبل بلوغ سن الخامسة من العمر ويجب أن يحدث التبول مرتين على الأقل في الأسبوع ولمدة ثلاثة أشهر على الأقل وأن يتسبب في إزعاج واضح للطفل والأسرة أو اضطراب في النشاط الاجتماعي والمدرسي أو غير ذلك . كما أنه غير ناتج عن تأثير بعض الأدوية مثل المدرات والمهدئات الكبرى أو أمراض

طبية مثل الصرع - السكر - والالتهابات البولية . ومعظم الحالات (حوالي ٨٠٪) لم يتوصل المصابون بهذا الاضطراب إلى ضبط المثانة والتبول منذ الصغر وهذا مانسميه التبول اللاإرادي الأولي (Primary) . ونسبة ٢٠٪ من الحالات تظهر أعراض التبول اللاإرادي عليهم بعد فترة من ضبط التبول الطبيعي وهذا مانسميه التبول اللاإرادي الثانوي (Secondary) .

ويحدث التبول اللاإرادي الليلي بعد ٣٠ دقيقة إلى ٣ ساعات من النوم في كثير من الحالات . وفي بعض الحالات يحدث التبول في كل أوقات النوم . كما أنه يحدث في مختلف مراحل النوم وليس في مرحلة النوم العميق فقط أو مرحلة الأحلام .

الأسباب :

تعتبر الأسباب الوراثية أحد العوامل الهامة حيث أن هذا الاضطراب يكثر في نفس الأسرة ولاسيما عند الذكور . ونجد في ٧٠٪ من الحالات إصابة قريب من الدرجة الأولى بنفس الحالة (أب - أم - أخ - أخت) . كما أن نسبة إصابة التوائم الوحيدة البيضة أعلى من نسبة إصابة التوائم ثنائية البيضة . وقد بينت دراسات حديثة أن هناك ارتباطاً مع الصبغي ١٣ و ١٢ ولكن هذه الدراسات لاتزال في بداياتها . وفي دراسات أخرى تبين أن الوراثة قاهرة في ٤٣٪ من الحالات ومتنحية في ٩٪ من الحالات

وفُرادية (Sporadic) في ٤٨٪ من الحالات . وفي عدد من حالات الأطفال والبالغين نجد اضطراباً في النظم البيولوجي اليوماوي (Circadian Biological Rhythem) المتعلق بإفراز هرمون فازوبرسين المضاد لإدرار البول (Vasopressin Antidiuretic Hormone) حيث نجد عدم زيادة هذا الهرمون في الليل مما يؤدي إلى زيادة إنتاج البول أثناء النوم .

وفي كثير من الحالات نجد صغر في استيعاب المثانة الأدائي (Small Functionl Bladder Capacity) . كما بينت بعض الدراسات أن هناك صعوبة في الاستيقاظ لدى الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي الليلي وربما تساهم بعض الأدوية العلاجية من خلال تأثيرها على منظومة الدوبامين الدماغي الذي يسهل الاستيقاظ . وكذلك يفيد جهاز الإنذار الذي يوقظ الطفل عند ظهور أول قطرات البول .

وفي عدد من الحالات نجد تأخراً عاماً في النضج الجسمي والعصبي حيث تترافق هذه الحالات مع صغر كمية التبول (Small Volume of Voiding) وقصر القامة ونقص متوسط العمر العظمي للطفل وتأخر النضج الجنسي في سن المراهقة .

وعموماً تترافق حالات التبول اللاإرادي كمجموعة عامة مع زيادة في المشكلات التي تتعلق بالتأخرات النمائية (Developmental delays) .

ويزداد هذا الاضطراب في حالات التخلف العقلي الشديدة والمتوسطة .

والأسباب الأخرى تتعلق بعدم الحصول على تدريب كافٍ من الأهل على ضبط التبول من حيث تأخير التدريب أو ميوعته وعدم انتظامه بسبب مشكلات الأسرة الخاصة والطرق التربوية غير المناسبة . والتبول اللاإرادي أثناء النهار يمكن أن يرتبط بعدم الذهاب إلى الحمام نتيجة قلق إجتماعي ومخاوف عامة أو داخل المدرسة تجعل الطفل يمتنع عن الذهاب للتبول ومن ثم فهو يتبول على ثيابه . ويمكن أن يحدث ذلك أيضاً نتيجة انشغال الطفل باللعب والنشاطات الأخرى وينسى أن يذهب للتبول . ويفيد هنا تذكير الطفل بضرورة الذهاب للحمام بشكل منتظم ويمكن التعاون مع المدرسة في ذلك . وهناك عوامل الشدة النفسية الاجتماعية التي يمكن أن تساهم بظهور التبول اللاإرادي مثل عدم الاهتمام بالطفل والحرمانات ومشاعر التنافس بين الأخوة والإحباطات والقلق والتوترات المتنوعة (مثل الاختبارات المدرسية) . وقد كانت التفسيرات القديمة لاضطراب التبول اللاإرادي تؤكد على العوامل النفسية كثيراً بينما تؤكد الدراسات الحالية على العوامل العضوية والنمائية ، ولا يعني ذلك عدم وجود أية عوامل نفسية فاعلة . ويجب تقدير الحالات كل على حدة من حيث الظروف المحيطة والعوامل النفسية إن وجدت ولاسيما في حالات التبول اللاإرادي الثانوي والتي تظهر بعد فترة من الأداء الطبيعي . حيث

يمكن اعتبار التبول اللاإرادي نوعاً من النكوص النفسي إلى مرحلة سابقة . أو أن الطفل يسعى لجذب الانتباه إليه من والديه . ومن التفسيرات النفسية العامة : أن التبول اللاإرادي يعكس نداءً للعون والمساعدة بسبب الظروف والضغوط الصعبة والإهمال التي يواجهها الطفل . وأيضاً أنه يعبر عن غضب الطفل وانزعاجه عموماً ، أو تجاه الوالدين . وأنه هروب من النمو والنضج والمسؤولية . .

ولابد من الإشارة إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي نفسها يمكن أن تسبب مشكلات نفسية للطفل أو المراهق ولاسيما فيما يتعلق بالثقة في النفس وفي السلوك الاجتماعي ويساهم علاج أعراض التبول اللاإرادي في تخفيف هذه الآثار ومنع تطورها .

الفحوصات والتشخيص التفريقي :

لابد من نفي وجود أو تأثير العوامل العضوية المرضية والتي تقدر بنسبة ١ - ١٠٪ من الحالات مثل الصرع والداء السكري (Diabetes Mellitus) والبوالة التفهة (البيلة التفهة) (Diabetes Insipidus) والتهاب المجاري البولية وتشوهات الإحليل وتضيقه وأورام النخاع الشوكي وتشوهاته وفقر الدم المنجلي ودخول الجسم الأجنبي للإحليل والحصيات البولية والتهابات المهبل وغير ذلك .

وتؤدي هذه الأمراض إلى أعراض التبول اللاإرادي ولاسيما في "الحالات الثانوية" بعد فترة من الجفاف والضبط

الطبيعي للبول والتي تستدعي الاهتمام أكثر بالعوامل العضوية . وأيضاً في حال وجود أعراض بولية مرافقة مثل تكرار التبول وإلحاح التبول (Urgency) أو أعراض عضوية عصبية أخرى مثل اضطراب المشية والضعف العقلي وغير ذلك . ويجب إجراء تحليل للبول والدم بشكل روتيني . وإجراء تصوير للمثانة والجهاز البولي عند اللزوم وأيضاً تخطيط الدماغ الكهربائي عند اللزوم وغير ذلك من الاستقصاءات والفحوصات .

ولابد من الانتباه إلى أن عدداً من الأدوية يمكن أن تترافق مع ظهور أعراض التبول اللاإرادي مثل المدرات والمهدئات الكبرى .

ويجب تفريق اضطراب التبول اللاإرادي عن اضطراب " المشي أثناء النوم " والذي يمكن أن يحدث التبول خلاله . وعن حالات " الرعب الليلي " (Night Terrors) . وأيضاً عن حالات " التخلف العقلي المتوسطة والشديدة " والتي يحدث فيها التبول اللاإرادي بسبب نقص الذكاء والتعلم .

وقد بينت بعض الدراسات الحديثة أهمية علاج حالات الحساسية الجسمية التي يصاب بها الطفل والتي يمكن أن تزيد من حالة التبول اللاإرادي . وأيضاً حالات انسداد المجاري التنفسية والإمساك المزمن مما يطرح ضرورة التنبه لذلك وعلاج هذه الحالات بشكل مناسب .

العلاج :

كثير من حالات التبول اللاإرادي تعالج بواسطة أطباء الأطفال وأطباء الرعاية الصحية الأولية وأيضاً أطباء الجهاز البولي والأمراض العصبية .

ويساهم الأطباء النفسيين في علاج هذه الحالات أيضاً .

وتتضمن الأساليب العلاجية الأساليب السلوكية وتعتمد على تخفيف شرب السوائل والامتناع عن المشروبات المدرة أيضاً مثل القهوة والشاي والكولا في المساء . وإيقاظ الطفل أثناء النوم ليذهب ويتبول في الحمام ، ومن ثم تقديم المكافأة للطفل لنجاحه في ضبط التبول وعدم بلل الفراش من خلال الثناء والاستحسان والنجوم اللاصقة وغيرها من المكافآت .

ويفيد أيضاً التدريب المستمر على الذهاب المنتظم للحمام والتبول أثناء النهار وقبل النوم إضافة لشرب الماء والسوائل أثناء النهار وتأجيل الذهاب للتبول قدر الإمكان مما يزيد من سعة المثانة ويسمى ذلك تدريب المثانة (Bladder Training) .

وقد يكفي ماسبق في عدد من الحالات . ومن الممكن تطبيق برنامج يتضمن الخطوات السابقة إضافة للإيقاظ المتكرر كل ساعتين ولمدة ثلاثة أسابيع وتسجيل النتائج يومياً ومعرفة مدى التحسن وفعاليته وفي حال عدم التحسن يجب اللجوء إلى أساليب أخرى .

ومن الأساليب السلوكية أيضاً إضافة استعمال جهاز خاص يعتمد على إيقاظ الطفل بعد خروج أول قطرة من البول ، وله أشكال متنوعة ومنها غطاء السرير الخاص والجرس (Bell and pad) والساعة المنبهة الخاصة (Wet Stop) . واستعمال الجهاز يعلم الطفل فيما بعد على الاستيقاظ قبل رنين الجرس . وهو يعطي نتائج فعالة في ٨٠ - ٩٠٪ من الحالات . ولكن التبول اللاإرادي يمكن أن يعود ثانية بعد التوقف عن استعمال الجهاز في عدد من الحالات . كما أن استعمال مثل هذه الأجهزة يمكن أن يتسبب في إيقاظ أفراد الأسرة الآخرين وإزعاجهم ولاسيما إذا كان عدد أفراد الأسرة كبيراً وينامون في نفس المكان كما في بلادنا والمجتمعات النامية الأخرى . و يجب التنبه أيضاً إلى أعطال هذه الأجهزة التي تحدث في بعض الأحيان .

وتفيد مضادات الاكتئاب في حال فشل الأساليب السلوكية وفي حال ترافق التبول اللاإرادي الليلي والنهاري، أو في حال ترافق الاضطراب مع القلق والمخاوف والاكتئاب .

وهذه الأدوية فعالة وناجحة ويمكن أن يحدث الانتكاس بعد التوقف عن استعمالها . ويكون الانتكاس أقل في حال توقفها التدريجي . وفي كل الأحوال يمكن استعمالها لعدة أشهر واستعمالها ثانية في حال الانتكاس . وأكثر هذه الأدوية استعمالاً (تفرانيل) (Tofranil) ويستعمل بجرعات خفيفة حوالي ٢٥ ملغ

مساءً ويمكن زيادة الجرعة إلى ٧٥ملغ . وتؤخذ عادة قبل النوم . ومن المفضل إعطاءها قبل ٦ -٨ ساعات قبل النوم إذا كان التبول يحدث في بداية النوم . وقد تظهر لها بعض الأعراض الجانبية وتحتاج عموماً للمتابعة الطبية .

كما أنها يمكن أن تتسبب في أعراض خطيرة في حال التسمم بتناول كميات كبيرة منها عن قصد أو دون قصد . لذلك يوصى بوضعها بمكان آمن بعيد عن متناول الأطفال .

ويفيد استعمال دواء (منيرين)(Minirin) (Desmoperssin) وهو مشابه لهرمون (فازوبرسين) الهرمون المضاد لإدرار البول . وتصل نسبة نجاحه إلى ٧٠٪ من الحالات . وفي بعض الدراسات أن استعماله مع جهاز الإيقاظ يعطي أحسن النتائج الفعالة .

والمستحضر الواسع الانتشار من (منيرين) على شكل بخاخ يعطى عن طريق الأنف . ويجب تقليل كمية السوائل التي يأخذها الطفل قبل ساعتين من الاستعمال ولمدة ثماني ساعات بعد الاستعمال بسبب خطر التسمم المائي .

وفي بعض الحالات الخاصة يمكن استعمال (أوكسي بوتينين) (Oxybutynin) الذي يرخي عضلات المثانة كعلاج مساعد .

وفي بعض الحالات يمكن أن يكون العلاج صعباً ولاسيما في حالات الظهور المتأخر وفي سن المراهقة ، وقد تحتاج هذه الحالات إلى عدة أساليب معاً وإلى علاج نفسي طويل الأمد .

وأخيراً لابد من الإشارة إلى ضرورة تقديم الدعم النفسي العام للطفل وتخفيف الضغوط التي يتعرض لها ومساعدته على زيادة ثقته بنفسه وزيادة تكيفه من خلال تثقيف الأسرة والحوار والجلسات الارشادية والعلاجية المناسبة عند اللزوم.

ملحق رقم (١) *

مخطط علاج التبول اللاإرادي

* الفحص الطبي النفسي العام وتفاصيل القصة المرضية . / طبيب الأطفال عند اللزوم .
* الفحوصات المخبرية/ الدم - البول/ علاج الاضطرابات العضوية إن وجدت . / تصوير الجهاز البولي/ تخطيط الدماغ عند اللزوم .
* الأساليب العامة المساعدة :
- الاهتمام بالطفل بشكل عام والعناية به ودعمه/ تشجيع الهوايات والتعبير عن الانفعالات .
- التخفيف من شدة التوتر العام في جو الأسرة .
- التفاهم بين الأم والأب حول الخطة المناسبة .
- عدم استعمال العنف الجسدي والعقاب الشديد .
- تفهم المشكلة على أنها "مرحلة من النمو الجسمي والعصبي والنفسي والهدف هو مساعدة الطفل على إكتساب مهارة ضبط المثانة" .
- توقيف السوائل أو تقليلها في المساء .
- الابتعاد عن المشروبات المدرة . قهوة - شاي - كولا وغيرها في المساء .
- إيقاظ الطفل أثناء الليل والذهاب إلى الحمام للتبول بنفسه .
-مشاركة الطفل في تنظيف الثياب أو غطاء السرير (أو تغييرها بنفسه) .
- التدريب على الذهاب إلى الحمام للتبول أثناء النهار وقبل النوم . - التدريب على شرب الماء والسوائل وتأجيل التبول أطول فترة ممكنة أثناء النهار .

* أساليب علاجية محددة :

١ - التسجيل اليومي بالمفكرة لنتائج البلل والجفاف وعند حدوث ضبط المثانة (الجفاف وعدم التبول) يعطى الطفل نجمة أو أكثر ويشجع كلامياً ، وفي نهاية الأسبوع تستبدل النجوم بتشجيع مناسب (فسحة - ألعاب - هدية - الخ . .)
٢- إيقاظ الطفل كل ساعتين والذهاب إلى الحمام للتبول لمدة ثلاث أسابيع مع تسجيل النتائج يومياً .
٣- استعمال جهاز خاص لإيقاظ الطفل عند بداية التبول .
٤ - إعطاء الأدوية المناسبة/ مضادات الاكتئاب/ منيرين/ وغيرها .
٥- الجلسات والعلاج النفسي والأسري عند اللزوم .

* إعداد د . حسان المالح ١٩٩٤

٦ الخرس الانتقائي (الصمت الاختياري) عند الأطفال والمراهقين

يعرّف الخرس الانتقائي أو الصمت الاختياري (Selective Mutism) بأنه أحد اضطرابات الكلام والنطق عند الأطفال والمراهقين . وهو نادر الحدوث ونسبته ١/ ٢٠٠٠ من الأطفال . وهو يصيب الإناث أكثر من الذكور . ويتمثل بالامتناع عن الكلام في عدد من المواقف والمناسبات . ويبدأ بعد سن الثالثة إلى الخامسة من العمر بعد فترة من النطق والكلام الطبيعي .

وفي بعض الحالات الشديدة يكون تجنب الكلام تاماً مع جميع الأشخاص ، وفي الغالب هناك انتقائية في الصمت بالنسبة للأشخاص والمواقف داخل المنزل أو خارجه .

ويستعمل الطفل الإشارة بدلاً عن الكلام أو أنه ينطق كلمات قليلة ومقاطع محددة . ولكنه يستعمل الحركات التعبيرية العامة .

وتدل الدراسات على هذا الاضطراب يظهر في عدد من الحالات بعد حدوث الإيذاء الجسمي أو الجنسي للطفل من قبل الأهل أو غيرهم أو أنه يظهر بعض حدوث " رض نفسي " أو أزمة عائلية شديدة تهدد بالانفصال . كما أن اضطرابات المزاج والاكتئاب تنتشر في أسر هذه الحالات إضافة إلى اضطرابات الشخصية . والعنف الأبوي يمكن أن يسبق ظهور الحالة ، إضافة

للرض على الوجه من خلال الصفع أو الضرب، أو غير ذلك مثل ألم الأسنان ونخرها ومشكلات الفم .

وهناك أربعة أشكال أساسية لهذا الاضطراب . أكثرها شيوعاً "الشكل الطفيلي" حيث تتشكل علاقة خاصة بين الطفل وأمه التي تكون قوية متسلطة بينما يكون الأب سلبياً . وهنا يبدو الطفل خاضعاً لأوامر الأم وغيرتها من علاقاته المتعددة ، ولكنه يحتال على سلطة أمه ويحاول أن يتمرد عليها وهو متعلق بها في الوقت نفسه . والشكل الآخر هو الشكل السلبي العدواني الذي يغيظ فيه الطفل من حوله بشكل سلبي صامت . والشكل الآخر انسحابي اكتئابي يبتعد فيه الطفل عماحوله إلى عالم خاص أكثرهدوءاً وراحة . والشكل الأخير الذي يتمثل بالخوف من الكلام والتردد والصفات الوسواسية التأكدية قبل أن ينطق كلمة معينة مما يسبب له قلقاً عاماً وتردداً وخوفاً ويجعله يفضل "الصمت" لأنه أقل إحراجاً وتوتراً من الكلام نفسه .

ويبدو أن الأهل بشكل عام يستعملون الصمت كوسيلة للعقاب ولإظهار الغضب والتعبير عنه في عدد من المواقف، مما يساعد الطفل على التعلق بهذه الوسيلة للتعبير عن غضبه . كما تكثر صفات الاعتمادية على الأهل وضعف الاستقلال وأيضاً الخجل العام والانطواء وضعف العلاقات والمهارات الاجتماعية .

ويمكن للصمت أن يكون وسيلة دفاعية ضد الضغوط العاطفية والمعنوية وضد الألم والخوف من العقاب والنبذ

والانفصال . كما أن الصمت هو وسيلة لتأكيد الذات والاستقلالية ولكن بشكل بدائي .

وفي العلاج تفيد عادة أساليب العلاج السلوكي وتشجيع الطفل العام في مختلف المهارات التي تساهم في تحسين صورته عن نفسه وتحقق له إثبات ذاته مثل الألعاب المتنوعة والرياضية وغيرها .

ويمكن التأكيد على ضرورة الكلام ولو بصوت خفيف وعدم النظر للطفل أثناء حديثه . . إضافة للتدريب على الكلام بشكل مقاطع مبسطة مع تكرارها وتوسيعها بالتدريج مما يشبه تعليم الكلام العادي .

ولابد من التأكد من المكاسب التي يجنيها الطفل من الصمت وتعديلها وعدم تعزيزها . . فالحماية الزائدة والاهتمام بالطفل بعد ظهور الصمت يزيد من هذا السلوك المرضي .

وتتحسن كثير من الحالات في سن العاشرة عادة . والعلاج السلوكي والأسري يسرع بالتحسن والشفاء .

وفي بعض الحالات يشكو الطفل من اضطراب سابق في تطور اللغة والكلام مثل صعوبة نطق بعض الحروف أو الإبدال وغير ذلك . . كما أن بعضهم يشكو من التخلف العقلي أو بعض الأمراض العصبية المزمنة مما يستدعي علاجات خاصة بذلك .

٦ اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع عند الكبار واضطراب السلوك المنحرف عند الأطفال

المظاهر والأعراض ... الأسباب وطرق العلاج

مقدمة عامة :

تعتبر الشخصية المضادة للمجتمع (Antisocial Personality Disorder) إحدى اضطرابات الشخصية الهامة نظراً للآثار الخطيرة التي تترتب على سلوكيات هذه الشخصيات بالنسبة للأهل والآخرين والمجتمع .

وفي البداية يمكننا القول أن "اضطرابات الشخصية" هي مجموعة من الاضطرابات التي يدرسها الطب النفسي ويساهم في علاجها . وهي تختلف عن الاضطرابات النفسية المعروفة مثل القلق والوسواس المرضي والاكتئاب والفصام ، وهي تتميز وتشخص من خلال مجموعة من الصفات ومن التصرفات والسلوكيات المتكررة والمميزة في عدد من النواحي مثل طرق التفكير وأساليب التعبير الانفعالي ونمط العلاقات الاجتماعية وغير ذلك . وهذه السلوكيات والصفات تنشأ مبكرة منذ مرحلة المراهقة وتستمر طويلاً .

وتتميز اضطرابات الشخصية جميعها بالصعوبات الشديدة التي يواجهها الآخرون في التعامل معها في مجال الأسرة أو الصداقة أو العمل . كما أن أداء هذه الشخصيات مضطرب في المجال المهني والحياتي بشكل واضح .

و " اضطرابات الشخصية " (Personality Disoders) واسعة الانتشار عموماً وتقدر بنسبة ٥ - ١٥٪ من الناس على الأقل وهي لم تدرس بشكل كاف مقارنة مع الاضطرابات النفسية الأخرى بسبب اختلافات في معايير تشخيصها وتحديدها وأيضاً بسبب صعوبات علاجها .

وفي السنوات الأخيرة حدثت عدة تطورات في هذا المجال من حيث التشخيص والدراسات المتنوعة حول إنذار اضطرابات الشخصية ومستقبلها وأسبابها وأيضاً حول الإمكانيات العلاجية المختلفة .

وتقسم اضطرابات الشخصية إلى ثلاث مجموعات أساسية وهي :

المجموعة الأولى :

١ - الشخصية ذات النمط الفصامي(Schizotypal Personality).

٢- الشخصية الشكاكة (الزورية) (Paranoid Personality)

٣- الشخصية الفصامية (Schizoid Personality) .

يجمع هذه الشخصيات غرابة التصرفات ومخاوف مستمرة في مجال العلاقات الاجتماعية وغير ذلك .

المجموعة الثانية :

١ - الشخصية المضادة للمجتمع (Antisocial Personality) .

٢- الشخصية الحدودية (Borderline Personality) .

٣- الشخصية الهستيريائية (Histirionic Personality)

٤ - الشخصية النرجسية (Narcissistic Personality) .

ويجمع هذه الشخصيات كونها اجتماعية ومنطلقة خارج الذات (انبساطية) وأنها تتصرف بشكل مباشر في الواقع والمحيط وتبدو انفعالية أو مضطربة أو مبالغة .

المجموعة الثالثة :

١ - الشخصية القلقة (الاجتنابية) (Avoidant Personality)

٢- الشخصية الوسواسية (Obsessive Compulsive Person- ality).

٣- الشخصية الاعتمادية (Dependant Personality) .

ويجمع هذه الشخصيات أنها تبدو قلقة وخائفة وحريصة وأن غضبها يتحول إلى الذات .

ويمكن لأكثر من اضطراب في الشخصية أن يجتمع في نفس الشخص ولكن بعض أنواع الشخصيات المضطربة لاتجتمع معاً مثل الشخصية شبه الفصامية والشخصية الهستيريائية والشخصية المضادة للمجتمع والشخصية الوسواسية .

وبعض الصفات من خصائص الشخصية النرجسية والشخصية الاعتمادية يمكن لها أن توجد في جميع اضطرابات

الشخصية ولكنها لاتكون شديدة الظهور ولاتطغى على الصفات الأخرى المميزة لكل شخصية على حدة . والتصنيف السابق هو في أحسن أحواله تقريبي ويبدو أن هناك تعقيدات وصعوبات متنوعة في هذا المجال التشخيصي والتصنيفي ولكنه أعتمد مؤخراً في التصنيف الاحصائي الأمريكي للاضطرابات النفسية (DSMIV) عام ١٩٩٤م .

وتحتل اضطرابات الشخصية موقعاً متوسطاً بين الاضطرابات النفسية الصغرى العصابية (مثل القلق والمخاوف المرضية والوسواس القهري وغيرها) وبين الاضطرابات النفسية الكبرى الذهانية (مثل الفصام والهوس والزور) وذلك من حيث شدة الاضطراب وتعطيله وآثاره على الفرد والمجتمع .

تعـــريف :

" الشخصية المضادة للمجتمع " تتميز صفاتها وسلوكياتها بشكل أساسي باعتداء الفرد على حقوق الآخرين وانتهاك حرماتهم . . وأيضاً باستعماله كافة الأساليب والطرق غير المشروعة مثل الكذب والاحتيال والغش للحصول على فوائد مادية أو معنوية مخالفاً بذلك القوانين الاجتماعية السائدة .

والتسمية الحالية سبقتها تسميات متعددة مثل الاعتلال النفسي (Psychopathic) - الاعتلال الاجتماعي (Sociopathic) - عسر الاجتماعية - الهوس دون هذيان - الجنون الأخلاقي - وغير ذلك .

والنظرة الطبية تعتبر أن هذا الاضطراب هو نوع من المرض يجب البحث في أسبابه وأعراضه وعلاجه والوقاية منه . ولايعني ذلك بالطبع إعفاء المصاب به من المسؤولية القانونية .

بينما يؤكد المفهوم الديني والقانوني على صفات الشر والسوء وانعدام الأخلاق . والمفهوم الاجتماعي يؤكد على الجنوح والشذوذ والهامشية بالنسبة للمجتمع . وأما المفهوم النفسي الأكاديمي فهو يعتبر أن اضطرابات الشخصية كلها هي تطرف في الصفات الطبيعية الاعتيادية للناس بالمعنى الإحصائي .

ولابد من توضيح أن السلوك الإجرامي ومخالفة القوانين لايعني بالضرورة أن الشخص مصاب "باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع " لأن السلوك الأجرامي(Antisocial Behavi-our) يمكن أن يكون عابراً أو مؤقتاً أو نتيجة أسباب متعددة . بينما يتميز اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بأنه يبدأ في سن الطفولة أو المراهقة ويستمر فترة طويلة .

التشخيص :

يعتمد التشخيص وفقاً للدليل الأمريكي الرابع (DSMIV) ١٩٩٤ ، على النقاط التالية بعد أخذ معلومات كافية عن المريض من مصادر متعددة وليس من المريض فقط :

أولاً : وجود نمط شامل ومتكرر من سلوك الشخصية يتميز بالاعتداء على حقوق الآخرين ويظهر منذ سن ١٥ سنة أو

قبل ذلك ويجب ظهور ثلاثة على الأقل من السلوكيات السبعة التالية :

١ - عدم الانصياع والتوافق مع المعايير الاجتماعية المتعلقة بإطاعة القوانين كما يظهر في القيام بأعمال وبشكل متكرر تؤدي إلى إلقاء القبض عليه (ولايشترط أن يكون قد قبض عليه فعلاً أم لا) مثل إتلاف الممتلكات كتكسير زجاج السيارات وتكسير مقاعد وأبواب وغيرها ، وإيذاء الآخرين ، والسرقة ، أو أعمال ومهن غير قانونية مثل الدعارة وبيع المخدرات وغيرها .

٢- خداع وكذب متكرر للحصول على فوائد أو متعة (الحصول على نقود أو جنس أو قوة) وأيضاً التمارض .

٣- الاندفاعية وعدم التخطيط المسبق وإتخاذ القرارات الهامة في حرارة اللحظة دون تفكر أو حسبان للعواقب .

٤ - الاستثارة العدوانية كما تظهر بالعنف الجسدي على الآخرين أو الزوجة أو الأطفال ، والمضاربات أو الاعتداء ، أو الرد بشكل عنيف على الآخرين .

٥ - التهور والطيش وعدم الاكتراث بتأمين السلامة للذات أو الآخرين (سرعة قيادة السيارة - حوادث متعددة - قيادة السيارات مع شرب الكحول) . وأيضاً القيام بتصرفات جنسية أو استعمال مواد مخدرة بطريقة يمكن أن تؤدي إلى عواقب خطيرة . ويمكن أن يحدث إهمال للأطفال تجعلهم في خطر .

٦-عدم الإحساس بالمسؤولية ونقص السلوك المسؤول بشكل مستمر . كما يظهر في عدم الحصول على عمل ثابت أو ترك العمل دون وجود خطة عملية لعمل بديل أو عدم العمل فترات طويلة أو غياب عن العمل دون مبرر مقبول . أو عدم الالتزام بالواجبات المالية المسؤول عنها مثل عدم دفع الديون وعدم توفير المال اللازم لرعاية المنزل والأطفال .

٧- عدم وجود الندم كما يظهر باللامبالاة بنتائج تصرفاته أو تبرير إيذاء أو سوء معاملة أو سرقة الآخرين . ويمكن أن يتهم الضحية بالغباء والضعف وأنه يستحق ماناله منه . كما يقلل من أخطار أعماله ولايقوم بتعويض أو ترضية الضحية عن تصرفاته .

ثانياً : العمر الحالي ١٨ سنة على الأقل .

ثالثاً : هناك دليل على وجود "السلوك المنحرف" قبل سن ١٥ سنة (وسيأتي تحديد معنى السلوك المنحرف لاحقاً) .

رابعاً : هذه السلوكيات لاتحدث خلال نوبة من مرض الفصام أو الهوس .

ومن الصفات العامة لهذه الشخصيات المضطربة أنهم يهزؤون بالعواطف وحقوق الأخرين وآلامهم بل إن قسماً منهم لديه متعة سادية يحصل عليها من خلال إيذاء الآخرين واستغلالهم واستغفالهم وقد يكون لديهم تضخيم في تقديرهم لذواتهم (غرور وانتفاخ) .

وهم يعتقدون أن العمل العادي أقل من مستواهم . كما أنهم لايهتمون بشكل واقعي بالمشكلات الحالية أو المستقبلية التي تواجههم .

ويمكن أن نجدهم ذو كلام معسول ولكنهم سطحيون ولايمتنعون عن الإثارة الجنسية للطبيب من الجنس الآخر . ولايستطيعون الاستمرار في التواصل العاطفي والتعاطف مع الآخرين . ولديهم عادة عدد من العلاقات الجنسية ولايكتفون بشريك واحد ، ويزداد لديهم الطلاق . ويتصرفون بشكل غير مسؤول كآباء أو أمهات ويشكو أطفالهم من سوء التغذية أو الإهمال مما يعرضهم للحوادث والأمراض . ويعتمد أطفالهم على الجيران والأصدقاء في الغذاء أو المأوى . وهم يهملون تأمين من يرعى الطفل في حال غيابهم . كما يضيعون المال الضروري للمنزل .

وهم يتعرضون للتسريح من العمل أو الجيش بسبب تصرفاتهم . ويمارسون التشرد ويقضون سنوات في السجون .

وهم يموتون بشكل عنيف أكثر من الآخرين وذلك من خلال الحوادث أو الانتحار أو القتل .

وهم يتصفون بسوء المزاج وتغيره وتعكره ولايحتملون الملل ويمكن لهم أن يتعرضوا للاكتئاب والقلق والاضطرابات التجسيمية والإدمانات المتنوعة والقمار وغير ذلك .

ويمكن لهم أن يحملوا في صفاتهم الشخصية بعض صفات الشخصية الحدودية المتقلبة أو الشخصية الهستيريائية أو الشخصية النرجسية .

الانتشار :

تنتشر الشخصية المضادة للمجتمع بنسب أعلى عند الرجال مقارنة بالنساء وتقدر نسبة انتشارها في المجتمع الأمريكي ٣٪ من الرجال و ١٪ من النساء . وهي ترتبط بالطبقات الفقيرة عموماً ، والمدن ، وتصل نسبة انتشارها في نزلاء السجون إلى ٧٥٪ .

السلوك المنحرف :

يمكن أن تظهر السلوكيات المضادة للمجتمع في سن مبكرة وهذا ما يسمى "بالسلوك المنحرف" . وتطلق هذه التسمية على حالات الأطفال والمراهقين عادة الذين لم يكتمل بعد تطور شخصيتهم ويمكن إطلاقها على الكبار في حالة عدم انطباق معايير الشخصية المضادة للمجتمع المتنوعة على حالتهم .

وتشخيص "اضطراب السلوك المنحرف" (Conduct Dis-order) يعتمد على ما يلي :

أولاً : سلوك متكرر ومستمر يؤدي إلى الاعتداء على حقوق الآخرين الأساسية أو انتهاك قواعد المجتمع وقوانينه . ويجب ظهور ثلاثة من السلوكيات التالية خلال السنة الماضية مع

وجود واحد على الأقل من السلوكيات الخمسة عشرة التالية خلال الأشهر الستة الماضية :

" الاعتداء على الناس والحيوانات "

١ - كثيراً مايهدد أو يخيف الآخرين ويرهبهم ولايقيم وزناً لمشاعر ورغبات وسعادة الآخرين .
٢ - كثيراً مايبدأ المضاربات .
٣ - استعمل سلاحاً ضد الآخرين يمكن أن يتسبب في إصابة جسمية خطيرة للآخرين مثل عصا كبيرة - حجر كبير - زجاج مكسور - سكين - سلاح ناري .
٤ - كان وحشياً وقاسياً في اعتدائه على الآخرين .
٥ - كان وحشياً وقاسياً في اعتدائه على الحيوانات .
٦ - سرق مع مواجهة الضحية (سلب مسلح - خطف محفظة من صاحبها مباشرة - السرقة المسلحة - انتزاع بالقوة) .
٧ - غصب شخصاً في ممارسة جنسية .

" تدمير الممتلكات "

٨ - قام عن عمد بإشعال حريق بنية إحداث تدمير شامل .
٩ - قام عن عمد بتدمير ممتلكات الآخرين (بطرق أخرى غير النار)

" الخداع أو السرقة "

١٠ - اقتحم منزل الآخرين أو بناءهم أو سيارتهم بشكل غير مشروع .

١١- كثيراً مايكذب كي يحصل على مكاسب مادية أو معنوية أو كي يتجنب المسؤولية (يخدع الآخرين) .

١٢- سرقة أشياء ليست تافهة القيمة دون مواجهة الضحية (السرقة من المتاجر العامة - سرقة دون اقتحام - التزوير والتزييف)

" انتهاك خطير للقواعد والقوانين "

١٣- كثيراً مايبقى خارج المنزل ليلاً على الرغم من منع الوالدين لذلك ، وذلك قبل عمر ١٣ سنة .

١٤- هرب من المنزل مرتين على الأقل لمدة ليلة واحدة (أو مرة واحدة دون العودة لفترة طويلة) .

١٥- كثيراً مايهرب من المدرسة وذلك قبل عمر ١٣ سنة .

ثانياً : هذا الاضطراب السلوكي يؤدي إلى إضعاف الأداء الاجتماعي أو الدراسي أو المهني .

ثالثاً : إذا كان الشخص عمره ١٨ سنة أو أكثر فإن صفات ومعايير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لاتنطبق عليه .

وفي اضطراب "السلوك المنحرف" يجب تحديد الاضطراب من حيث ظهوره قبل سن عشر سنوات ، أو ظهوره في مرحلة المراهقة وغياب أي أعراض قبل سن عشر سنوات . حيث يكون هذا الشكل الأخير أقل عنفاً وعدوانية والعلاقة مع الآخرين لاتكون شديدة الاضطراب ، كما ينتشر عند الفتيات أكثر .

وأيضاً يجب تحديد شدة هذا الاضطراب بأنه خفيف أو متوسط أوشديد وفقاً لعدد وشدة السلوكيات المنحرفة الموجودة ويجب تفريق هذا السلوك عن العناد أو "اضطراب المعارضة" عند الأطفال وفيه عدم الطاعة ومعارضة السلطة الأبوية ولكن ليس فيه سلوكيات خطيرة مستمرة أو انتهاك حقوق الآخرين .

ومن الملاحظات العامة حول "السلوك المنحرف" نجد أن الأشخاص الذين يمارسونه لايتحلمون الإحباط ولديهم ثورات مزاجية وتهور وطيش ويظهر لديهم سلوك جنسي مبكر . كما يستعملون الكحول والتدخين والمواد المخدرة بشكل مبكر . وهم ينخرطون في المخاطرة ويتعرضون أكثر للأمراض الجنسية التي تنتقل عن طريق العدوى وأيضاً يحدث لهم حمل غير مرغوب فيه . وتظهر عليهم آثار لجروح متنوعة من خلال الحوادث والمضاربات . والسلوكيات المنحرفة الخفيفة تبدأ أولاً في الظهور مثل الكذب والمضاربات والسرقة من المتاجر العامة ، ولكن السرقة المسلحة تظهر فيما بعد وكذلك الاغتصاب . وفي بعض الحالات تظهر الأعمال الخطيرة من البداية . وعند الذكور تظهر العدوانية المباشرة كالمضاربات والتخريب بينما عند الإناث تكون العدوانية غير مباشرة عادة مثل الكذب والتشرد والدعارة واستعمال المخدرات .

وقد يترافق "اضطراب السلوك المنحرف" مع ذكاء أقل من المتوسط . كما أن التحصيل الدراسي ولاسيما مهارات القراءة

والمهارات اللفظية أقل من المتوسط والمتوقع بالنسبة لدرجة ذكائهم، وربما يستدعي ذلك تشخيصاً إضافياً وهو "اضطراب في التعلم" (Learning Disorder) . ويترافق أيضاً "مع اضطراب نقص الإنتباه/ فرط النشاط ، وأيضاً مع التبول اللاإرادي (Enurisis) في عدد من الحالات، ومع المشي أثناء النوم وفرط الإثارة العامة وبعض الأعراض العصبية الخفيفة ولاسيما عند الذكور .

وكما هو واضح مما سبق فإن "اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع" هو اضطراب شديد ويشمل عدداً من الصفات والسلوكيات التي تطال مختلف نشاطات الشخصية . وهذا الاضطراب يتبلور في سن الثامنة عشر ويستمر وقتاً طويلاً . وأما "اضطراب السلوك المنحرف" فهو مرتبط بالأطفال والمراهقين أساساً وقد يبدأ منذ ٥ - ٦ سنوات ولايبدأ بعد سن ١٦ سنة ويمكن له أن يستمر ويتطور إلى إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

ولكن في معظم الحالات يمكن له أن يخف ويتحسن وأن يشفى . والبدء المبكر أسوأ إنذاراً وكذلك السلوك المنحرف الأكثر أعراضاً . وتقدر نسبة انتشار السلوك المنحرف من ٦ - ١٦٪ من الذكور في المجتمع الأمريكي و ٢ - ٩٪ من الإناث . ويبدو أن نسبة هذا الاضطراب في ازدياد في العقود الأخيرة ولاسيما في المدن مقارنة مع الريف .

الأسباب :

وإذا تحدثنا عن الأسباب المهيئة لاضطراب السلوك المنحرف واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فإننا نجد أن هناك عدد من الدراسات والنتائج . . وبعض الدراسات تؤكد على نتائج معينة بينما تخالفها دراسات أخرى . والصورة العامة للأسباب تشابه عدداً من الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية الأخرى والتي لاتزال قيد الدراسات والنظريات .

والعوامل العامة الفاعلة هي العوامل الثقافية والبيئية والتربوية والنفسية والعائلية والنمائية إضافة للعوامل الوراثية والتكوينية . ومن العوامل الهامة التي لاقت كثيراً من التأييد :

١ - النبذ أو الإهمال من قبل الوالدين في مراحل الطفولة الأولى .

٢ - عدم ثبات أساليب التربية والعقاب الوالدي مع القسوة الزائدة .

٣ - الإيذاء الجسمي أو الجنسي للطفل .

٤ - عدم وجود الإشراف والمراقبة على الطفل .

٥ - العيش مبكراً في مؤسسات رعاية عامة .

٦ - تغيير مستمر في الأشخاص الذين يقومون برعاية الطفل .

٧ - الأسرة كبيرة الحجم .

٨ - مصاحبة مجموعات جانحة .

٩ - وجود أب أوأم أو أخ لديه شخصية مضادة للمجتمع .

١٠- أطفال أباؤهم أو أمهاتهم مصابون بالإدمان على الكحول أو باضطرابات المزاج أو الفصام أو نقص الانتباه/ فرط الحركة .

١١- طفولة غير مستقرة وغير متوازنة .

وفي بعض الدراسات تبين أن المصابين بالسلوك المنحرف لديهم بطء في ضربات القلب، وحساسيتهم الجلدية للتوصيل العصبي والاستثارة أقل من الطبيعي . كما أن مزاج الطفل صعب منذ الطفولة المبكرة في دراسات أخرى .

والحرمان العاطفي له دور هام في تطور السلوك المنحرف كأن يكون الطفل قليل الجاذبية أو غير مرغوب فيه مما يؤدي إلى فقدانه لمشاعر الحب والقبول والرعاية الإيجابية . والحرمان الأبوي أو الأموي أو كليهما له دور حاسم في عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي وتأهيل الطفل لتقبل نفسه وتقبل المعايير الاجتماعية ولاسيما في السنوات الخمسة الأولى من العمر .

وتؤكد بعض النظريات النفسية التحليلية على أهمية العلاقة المستبطنة مع الآخر ولاسيما مع الأم خلال مرحلة الطفولة . وأيضاً تثبت الدفاعات النفسية المتمثلة والمتكررة في نشوء اضطرابات الشخصية ، من خلال نوعية هذه العلاقة والظروف الشديدة المؤثرة التي تمر بها .

وتبرز النظريات النفسية السلوكية أهمية مكافأة السلوك غير المقبول والذي يمكن أن يحدث عفوياً ودون انتباه من المربين مما

يؤدي إلى تثبيت عدد من السلوكيات الجانحة غير المقبولة وتطورها فيما بعد إلى اضطراب في الشخصية .

كما أن الدراسات العضوية والوراثية قد بينت أن التوائم الحقيقية وحيدة البيضة يزداد لديها السلوك المنحرف مقارنة مع التوائم غير المتشابهة وبقية الأخوة . كما أن السلوك المنحرف أكثر انتشاراً في الأقرباء من الدرجة الأولى . كما يكثر في الأقرباء السلوك الإدماني والاضطرابات التجسيمي (Somatization Disorder) . وأوضحت أيضاً دراسات التبني أن العوامل الوراثية لها دور هام في نشوء السلوك المنحرف واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ولكن نفس هذه الدراسات بينت أيضاً أهمية التربية والبيئة وقصورها في إحداث الاضطراب . .

وبعض الدراسات اعتبرت السلوك الجانح أنه يشبه الذكاء في تطوره ومستواه وفي أسبابه . حيث يرتبط الذكاء بالوراثة بشكل واضح ولكن الظروف التربوية والتعليمية تساهم في تطور الذكاء أو في جموده وتخلفه . وهكذا فإن " الشخصية " مثل الذكاء لها بعد وراثي وهي تتطور بالتجارب البيئية . وربما يكون ذلك تبسيطاً مبالغاً فيه . حيث بنيت إحدى الدراسات تبين أن " الانطواء الاجتماعي " كسلوك للشخصية مرتبط " بالوراثة " وبشكل أكبر من الذكاء ومن محاور السلوك الأخرى للشخصية ، وذلك في التوائم وحيدة البيضة .

ومما لاشك فيه أن العلاقة بين الوراثة والبيئة علاقة معقدة وهامة فيما يتعلق بفهمنا للانسان من حيث صحته واضطرابه ولابد من تفهم العوامل الوراثية وآلية عملها من الناحية البيولوجية والكيميائية والعضوية ولاتزال الدراسات جادة في هذا الميدان . .

وقد بينت دراسات أخرى أهمية الإصابة الدماغية الخفيفة خلال الحمل والولادة والأشهر الأولى من الحياة في ظهور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع . كما أن تخطيط الدماغ الكهربائي يظهر اضطراباً في كهربائية المخ عند هؤلاء الأشخاص . إضافة إلى أن هناك ارتباط من الناحية الإحصائية بين عدد من حالات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع "واضطراب التعلم" وأيضاً "اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط" .

وتبين الدراسات أن السلوك المنحرف عند الأطفال والمراهقين يمكن أن يشكل مرحلة حياتية مؤقتة تختفي بعدها هذه السلوكيات عند كثير من الحالات، مما يؤكد "النظرية النمائية" وتطور قدرات الطفل وأساليبه في السيطرة على نفسه وعلى نضجه الاجتماعي الذي يتطلب نمواً ووقتاً .

وإذا تحدثنا عن العوامل الاجتماعية فإننا نجد أن هذه الاضطرابات مرتبطة بالتكامل الاجتماعي والاستقرار . وتزيد الاضطرابات الاجتماعية والاقتصادية والحروب وغيرها من الأزمات والصراعات في نسبة انتشارها .

وفي عدد من الحالات عندما يصبح "السلوك العدواني ضرورة" مثل ضرورة العيش ضمن تجمعات يسودها الخطر والعنف فإنه ، لايمكننا أن نطلق تشخيصاً مرضياً على هذه الحالات .

كما أن العوامل الثقافية العامة التي تسود المجتمع تساهم بشكل مباشر وغير مباشر في ظهور السلوك المنحرف أو العدواني . ومثلاً فإن نسبة جرائم القتل تزداد في بورما بينما نسب الانتحار قليلة ، ونجد عكس ذلك في الدانمارك . وفي أفريقيا الغربية نجد شيوع تفسير "السلوك المضاد للمجتمع" وأيضاً تفسير سلوك "الشخصيات الشكاكة" بأسباب خارجية عن الذات مما تؤكده الثقافة الشائعة وتثبته .

كما أن الثقافة المعاصرة التي تؤكد على الفردية والأنانية والتنافس المحموم والعدوانية مع تدهور القيم والمفاهيم الأخلاقية والدينية كل ذلك يساهم في ازدياد السلوك المضاد للمجتمع وانفلاته .

التشخيص التفريقي :

وبالنسبة لتفريق اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع عن غيرها من الاضطرابات فإنه يجب التفريق عن "الشخصية النرجسية" والتي تتميز بالحسد وعدم التعاطف مع الآخرين ، وأيضاً يلجأ صاحبها لاستغلال الآخرين لأنه يحس بأنه متفوق

وفريد وليس من أجل مكاسب مادية مباشرة . وأيضاً ليس لدى المصابين بالشخصية النرجسية سلوك إجرامي أو اندفاعية وعدوانية واحتيال كما لايوجد لديهم سلوك منحرف في الطفولة .

وهناك بعض التشابه مع الشخصية الهستيريائية في الأندفاعية والسطحية والرغبة في الإثارة المتنوعة ، ولكن ليس لديهم سلوك مضاد للمجتمع عموماً .

وأما الشخصية الحدودية فهناك بعض التشابه في الاحتيال للحصول على الدعم والإرضاء العاطفي ، وليس للحصول على مكاسب مادية مباشرة . كما أنهم أقل عدوانية وأكثر اضطراباً من النواحي العاطفية والمزاجية . وفي عدد من الحالات يمكن أن يجتمع كلا التشخيصين (حوالي ٢٥٪ من الحالات) .

والتفريق عن السلوك الإجرامي الذي يحدث خلال اضطراب الفصام أو الهوس سهل نسبياً بسبب وجود الأعراض الخاصة بهذه الاضطرابات النفسية الذهانية .

وأما التفريق عن الاضطرابات الناتجة عن المواد الإدمانية فإن تشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لايمكن إطلاقه مالم يكن السلوك المنحرف ومظاهر الشخصية المضادة للمجتمع موجودة منذ الصغر ولاتزال مستمرة إلى مرحلة النضج .

وعندما يظهر السلوك الإدماني مع السلوك المنحرف منذ الطفولة فإن كلا التشخيصين ينطبقان على الحالة وأيضاً يجب

التفريق عن " السلوك المضاد للمجتمع " (Antisocial Behaviour) عند الكبار المنفرد أو المتكرر والذي لاتنطبق عليه كل صفات الشخصية المضادة للمجتمع المذكورة سابقاً .

العلاج :

وفي الحديث عن العلاج . . لابد من التأكيد على صعوبة علاج حالات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وبدرجة أقل حالات انحراف السلوك .

وفي البداية نجد أن " عدم التبصر " بالمشكلة أو الاضطراب هو عامل هام في صعوبة العلاج . فالمريض لايأتي إلى العلاج بنفسه من أجل مشكلته الشخصية الأساسية . وربما يأتي للعلاج لمشكلات إضافية كالاكتئاب والمشكلات الزوجية وغير ذلك .

وغالباً مايطلب الأهل أو الجهات الرسمية علاج مثل هذه الحالات .

والمهم هنا ضرورة الانتباه إلى تشخيص هذه الاضطرابات كي لاتكذب وتحتال على الأجهزة العلاجية التي تتعامل معها مما يساهم في تخفيف الأضرار الناتجة عن سلوكياتها .

وبعض الحالات يمكنها أن تقيم علاجية ناجحة مع المعالج النفسي ويؤدي ذلك بالطبع إلى إنذار جيد وتطور حسن في سلوك الشخصية . وكثير من الحالات لديها صعوبات مع المعالج بسبب

فقدان العلاقة المتوازنة الناجحة مع آبائهم وأمهاتهم وبسبب سلوكياتهم المزعجة والصعبة .

ولابد في العلاج من وضع حدود ثابتة للسلوك المقبول وعدم السماح بتجاوزها . والحقيقة أن العلاج ضمن " مراكز خاصة تأهيلية " هو العلاج الأمثل . وأيضاً العلاج ضمن "مجموعات العلاج الذاتي الجماعي " مقارنة مع العلاج ضمن السجن أو في المشافي النفسية .

ويعتمد العلاج في جوهره على تعلم السلوك التربوي الصحيح المفقود ، وأيضاً المشاركة في السلوك الأبوي أو الأمومي للآخرين من خلال التوجيه والإرشاد . وأيضاً العضوية في الجماعات العلاجية والجماعات التي تقوم بمهمات مساعدة اجتماعياً .

ويمكن الاستفادة من العلاج الكيميائي في بعض الحالات مثل الأدوية المضادة للصرع والليثيوم ومضادات الاكتئاب وأيضاً المهدئات للمساعدة في السيطرة على السلوك العنيف والاندفاعية وتقلبات المزاج وغير ذلك .

الإنذار :

بينت بعض الدراسات أن ١٢٪ من الحالات تشفى بعد عمر ٣٠ سنة ، وأن ٢٧٪ من الحالات يتحسن سلوكها . وبعضها الآخر

بين أن ثلث الحالات يتحسن والثلث الآخر يصاب بالكحولية المزمنة .

والحالات التي تبدي عنفاً شديداً وعلاقاتها الاجتماعية ضعيفة يستمر سلوكها المضطرب لمدة أطول . والقاعدة العامة أن السلوك المضاد للمجتمع يخف مع التقدم في العمر (بعد ٤٠ عاماً)، ويصبح الإنسان أكثر تعرفاً على سلوكياته غير المقبولة .

ملاحظات ختامية :

بعد هذا الاستعراض المفصل لمختلف الجوانب المتعلقة بالشخصية المضادة للمجتمع لابد من مناقشة عدد من النقاط . .

أولاً : لابد من التأكيد على أهمية الوقاية في "اضطراب السلوك المنحرف واضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع" . ولايمكننا بالطبع أن نتصور مجتمعاً خالياً من العنف أو الجريمة ، ولكن من الضروري البحث عن أفضل الطرق التي تساعد على ضبط السلوك المنحرف والتخفيف من شدته ونسبة انتشاره . ويمكن أن يساهم في ذلك كل المهتمين من الآباء والأمهات والمربيين ورجال القانون والدين والفكر إضافة إلى الهيئات العلاجية والتوجيهية والهيئات الاجتماعية والسياسية والإعلامية .

ولابد من التعرف على السلوك المنحرف مبكراً وبذل الجهود الحثيثة لتقديم وتعديل وإصلاح مايمكن إصلاحه . لأن ذلك ممكن أولاً وهو يحتاج للجهود والخبرة والاستشارة الاختصاصية . وثانياً لأن إهمال هذا السلوك سيؤدي إلى استفحاله وتطوره إلى أنماط شاملة من السلوك المنحرف والخطير .

ولابد من التأكيد على أهمية التربية الخلقية المتوازنة وضبط النفس وشرورها ولابد من مراجعة الذات واكتساب الخبرة في التعامل مع جيل الأطفال والمراهقين والبحث عن أفضل السبل للتنشئة الاجتماعية الناجحة والحد من مشكلات الانحراف الخطيرة مهما بدا ذلك صعباً أو معقداً .

ثانياً : لابد من التساؤل هل هناك دجة مقبولة من السلوك المضاد للمجتمع ؟ وإذا كان الجواب إيجابياً فكيف يمكن أن نحدد هذه الدرجة ؟ وهل يعني ظهور أية درجة من عدم التوافق الاجتماعي وعدم قبول قيم المجتمع وقوانينه أننا أمام اضطراب خطير في الشخصية ؟

وهل هناك مايسمى بالتمرد الإيجابي والذي يعني رفض قيم المجتمع كلها أو بعضها وبدرجات متفاوتة من أجل إصلاح المجتمع وتغييره ؟

مما لاشك فيه أن السلوك المضاد للمجتمع يحتاج إلى درجة من عدم الرضا والتمرد والرفض والنقد ويتفق في ذلك المجرمون والمصلحون . ولكنهم يختلفون في الأسلوب وفي المضمون الذي يطرحونه . بين مفهوم ذاتي وأناني ضيق ومرفوض وبين مفهوم ذو بعد اجتماعي وإنساني عام ومقنع .

وهذا يعني أن التكيف الكامل ليس بالضرورة صحة نفسية كاملة بل يمكن أن يكون جموداً وضيقاً في الأفق ومرضاً ، ويمكن أن يكون التكيف الجزئي والتمرد إصلاحاً وتغييراً إيجابياً وذو منفعة عامة للجميع .

وهذا ما يؤكد أن الإنسان لايمكن فصله عن المجتمع في قضايا صحته النفسية ولابد من تفهم العلاقة بين الفرد والآخرين والبيئة التي يعيش فيها وصفاتها ومشكلاتها .

ثالثاً : لابد من التوضيح هنا أن التمرد على السلطة الأبوية أو القيم الاجتماعية ليس بالضرورة سلوكاً منحرفاً جانحاً بل يمكن أن يكون طوراً من النمو وفيه تحقيق للذات واستقلاليتها وتأكيد للنمو والنضج والإبداع والإيجابية . ولايمكننا أن نتوقع أن يكون الأبناء والبنات نسخة عن آبائهم أو أمهاتهم ولابد من تقبل بعض الاختلافات . وصراع الأجيال ظاهرة معروفة ويمكن أن تكون ظاهرة صحية إذا كانت في الحدود المعقولة . ولابد من مد الجسور والتفاهم مع جيل المراهقين والشباب بدلاً عن القطيعة والابتعاد عنهم ، وهذا ما يساعد على تفهم حالاتهم وطاقاتهم ورغباتهم وقلقهم وسلوكياتهم ، وبالتالي استيعابها وتوجيهها بشكل بناء وإيجابي .

8 محاولات الانتحار .. ملاحظات

من المعروف أن محاولات الانتحار أو إيذاء النفس تنتشر بنسبة أكبر في سن المراهقة ولدى الفتيات . . وهي تشكل مشكلة واسعة الانتشار في العالم الغربي . . كما أنها ليست نادرة في مجتمعاتنا .

والخطر الأساسي هو أن تؤدي هذه المحاولات إلى الموت والانتحار الكامل .

وتختلف الدوافع والحالات التي يمكن أن تؤدي إلى محاولة الانتحار . . والفشل الدراسي أحد هذه الدوافع وأيضاً الفشل العاطفي والضغوط الأسرية والاجتماعية والاقتصادية . ويلعب الاكتئاب دوراً واضحاً في العديد من الحالات إضافة إلى الفصام والإدمانات المتنوعة .

كما أن بعض ملامح الشخصية مثل الشخصية الاندفاعية تهيىء لمحاولات الانتحار تحت تأثير الإحباط والغضب والانزعاج وأيضاً الشخصية الهستريائية والشخصية الحدودية غير المتوازنة إضافة إلى ملامح الشخصية المضادة للمجتمع .

وتعتبر محاولة الانتحار جريمة يعاقب عليها القانون في المجتمع . وهي سلوك منحرف وخاطىء يدل على ضيق النظر وعدم التحكم بالانفعالات والعنف والعدوانية .

ولايمكن لمحاولة الانتحار أن تؤدي إلى فائدة أو مكسب حقيقي وواقعي . ولكن المراهقة أو المراهق ربما يظن أنه يتخفف من مشاعر الذنب أو أن الآخرين سينظرون إليه نظرة تقدير ورعاية ولكن العكس هو الصحيح . .

ولابد من التأكيد دائماً على فشل هذا الأسلوب في التعامل مع مختلف المشكلات العملية أو العاطفية . كما لابد من ضرورة تفهم الظروف الخاصة والمعاناة التي يعيشها المراهق أو المراهقة وتقديم المساعدة اللازمة من حيث توفير الظروف الصحية المقبولة وتشجيع السلوك الناضج والمتوازن والفعال وأيضاً المساعدة على تقبل الإحباط وتحمله والتعامل معه بشكل مقبول وناجح .

وفي حالات الاكتئاب المرضية لابد من العلاج الطبي المبكر وعدم تأخير العلاج اللازم والضروري والفعال .

ومما لاشك فيه أن السلوك الانتحاري له جوانب نفسية واجتماعية وثقافية متعددة . . وأحد أشكاله أن يكون سلوكاً طائشاً اندفاعياً تضيق معه دائرة الوعي والعقلانية وتفيض فيه مشاعر الأسى واليأس والإحباط ، حيث يمكن أن يلجأ الإنسان إلى أقرب الوسائل المتوفرة له والتي يمكن أن تسبب له الأذى أو الموت ولو كان ذلك بنية غير أكيدة .

والسلوك الانتحاري الذي يتم فيه وضع الخطط المسبقة المفصلة وإتخاذ القرار النهائي لإنهاء الحياة أكثر خطورة مما سبق ، وهو يؤدي إلى الموت أو الأذية الخطيرة في كثير من الحالات .

ويمكن أن يكون السلوك الانتحاري وراثياً في بعض حالات الاكتئاب الوراثية الشديدة مثلاً ، مما يستدعي العلاج المبكر والمناسب . كما يمكن للسلوك الانتحاري أن يأخذ أشكالاً غامضة مثل التهور في قيادة السيارة والحوادث المتنوعة وأيضاً في ممارسة الألعاب والهوايات الخطرة المؤذية .

وتبين الدراسات أن المجتمعات الإسلامية تقل فيها نسبة حوادث الانتحار عن المجتمعات الأخرى . . ويلعب الدين دوراً وقائياً من الانتحار من حيث تحريمه أولاً ومن حيث فتح باب الأمل والرجاء والمغفرة وطلب العون من الله تعالى من ناحية ثانية .

٩ اكتئاب مابعد الولادة .. ملاحظات

مما لاشك فيه أن الولادة حدث هام بالنسبة للمرأة وأيضاً بالنسبة للزوج والأهل . وولادة الطفل البشري من جسد المرأة معجزة كونية ، فهي تعني الخلق والتجدد والحياة . . وهي حدث عظيم وسعيد ويستدعي البهجة والفرحة والاحتفال .

وفي الجانب الآخر نجد أن عدداً من الاضطرابات النفسية يمكن لها أن ترتبط بمرحلة الولادة . . ومن أكثرها شيوعاً درجات من القلق والانزعاج وتغيرات المزاج مثل سرعة الاستثارة والنرفزة والبكاء وغير ذلك ، وهذه الأعراض خفيفة عادة وغير مستمرة . وهي تصيب أعداداً كبيرة من السيدات الوالدات وبنسبة ٥٠٪ في الإحصائيات الغربية .

وفي بلادنا قد لاتكون النسب بهذا الانتشار نظراً لاختلاف المجتمعات . حيث تلقى المرأة في بلادنا في مرحلة الولادة ومابعدها دعماً واضحاً من الأهل وتخفيفاً للمسؤليات الملقاة على عاتقها . وكثير من النساء يجلسن شهراً أو أربعين يوماً (مدة النفاس) عند أهلهن ، كما أن الأهل والجيران والأصدقاء كل يعرض خدماته ومساعدته للمرأة مما يندر وجوده في المجتمعات الغربية .

وأما بالنسبة للاضطرابات النفسية الشديدة مثل الاكتئاب الواضح والمستمر والذي يظهر خلال الأسابيع الأربعة بعد الولادة

فهو اضطراب منتشر في جميع المجتمعات وبنسبة ١/ ٥٠٠ من الولادات. وتكون فيه الأعراض الاكتئابية شديدة وقد يرافقها هذيانات وشك ووساوس مرتبطة بالمولود. وتظهر أيضاً حالات أخرى من تقلبات المزاج وحالات الهوس والحالات الذهانية العقلية. وتحتاج هذه الحالات لعلاج فعال بسبب شدتها وأحياناً خطورتها على الذات أو على المولود. وهي تظهر عند من يعانين من اضطرابات مزاجية في المراحل السابقة من حياتهن. ويمكن أن تظهر للمرة الأولى عقب الولادة وتتكرر هذه النوبات فيما بعد من غير الولادة. وعند ظهور هذه الحالات فإن احتمال تكرارها عقب الولادات التالية يزيد بنسبة ٣٠ - ٥٠٪.

وهناك حالات من الاكتئاب بعد الولادة متوسطة الشدة، وأكثر انتشاراً، وتظهر فيها أعراض القلق ونوبات الهلع والوسوسة واضطراب النوم والشهية والنشاط إضافة لمشاعر الاكتئاب والحزن واليأس والبكاء.

وأما من حيث الأسباب فإن الأسباب الدقيقة لاتزال غير محددة تماماً.. وتلعب العوامل الكيميائية وتغيرات نسب الهرمونات المرافقة للولادة دوراً في ذلك.. والأسباب الوراثية لها دورها أيضاً.

وأما الأسباب النفسية والزوجية والاجتماعية فلها دورها في نشوء هذه الاضطرابات ودرجة انتشارها وشدتها. وقد تبين أن

الخلافات الزوجية أثناء مرحلة الحمل لها تأثيراتها السلبية . كما أن مشكلات الأمومة والعقد الشخصية التي تحملها المرأة في داخلها فيما يتعلق بعلاقتها مع أمها ومع دورها الأمومي لها تأثيراتهافي نشوء هذه الاضطرابات .

ومشكلات الحمل الصحية والنفسية والتعقيدات الطبية التي قد تصاحب الحمل مثل النزف أو الآلام والأرق والخوف، كلها عوامل قد تؤثر على ظهور الاضطرابات بعد الحمل عند من يحملن استعدادات خاصة .

ومن الناحية الوقائية لابد من التأكيد على أن المرأة تحتاج لمزيد من الدعم النفسي والراحة أثناء الحمل وبعد الولادة وفي بعض الحالات يمكن إعطاء الأدوية المناسبة مباشرة بعد الولادة وذلك في الحالات الشديدة . وبالنسبة للزوج لابد من تفهمه لصعوبات هذه المرحلة ومد يد العون إلى زوجته ، وتفهم قلقها وخوفها وبعض تصرفاتها السلبية على أنها نوع من التكيف مع مسؤوليات صعبة وهي إنجاز الحمل والولادة . والمرأة تحتاج لكل مايطمئنها ويخفف عنها آلامها وأعباء الحمل والولادة ، ابتداءً من الكلام الطيب والهدايا والتشجيع إلى تخفيف المسؤوليات المتنوعة . ولابد للمرأة من مواجهة مرحلة الحمل والولادة بالإعداد الحسن والمعلومات الصحيحة دون مخاوف زائدة أو قلق مدمر . ويتم ذلك من خلال الاطلاع والسؤال وحضور الدورات

التثقيفية . ولابد لها من تحمل مسؤولياتها وإنجاز مهماتها بشكل حسن . ولابد لها من تنظيم أوقاتها وتعديل أوقات العمل والراحة بما يتناسب مع صحتها وقدراتها .

ومما لاشك فيه أن الإنجاب ليس مسؤولية المرأة وحدها حيث يطلب منها أن تحمل وتلد وتأتي بالطفل إلى الزوج . . بل إن المسؤولية مشتركة ولابد من رعاية الزوج وحمايته وتعاونه في مختلف المراحل .

الفصل الثالث

حول مشكلات المرأة والرجل والزواج

١ "الأمومة" وتأثيراتها في شخصية المرأة

ترتبط الأمومة بعدد من الصفات والسلوكيات التي تحظى بتقدير عالٍ وعظيم من النواحي الخلقية والاجتماعية والدينية .

ومما لاشك فيه أن السلوك الأموي له جوانب غريزية عضوية إضافة لكونه مرتبطاً بالتربية والقيم والمجتمع .

وإذا نظرنا إلى حالات فردية من الأمهات نجد أيضاً أن التركيبة النفسية الخاصة التي يحملنها إضافة للسلوك الأمومي الذي تعرضن له خلال نشأتهن له دور واضح في نوعية السلوك الأمومي وفي المشكلات والصراعات والاضطرابات التي تواجههن خلال أداء أدوارهن كأمهات .

ويمكننا تحديد الأمومة بمراحل زمنية معينة في حياة المرأة مثل مرحلة الحمل ثم الولادة والرضاعة ثم رعاية الطفل في المراحل التالية . كما يمكن توسيع مفهوم الأمومة لتشمل بقية العمر .

ويساهم الحمل بجوانبه العضوية والنفسية والاجتماعية في تعديل شخصية المرأة وتغييرها لتتناسب مع أدوارها الجديدة مقارنة مع المراحل السابقة للحمل .

والحمل يعني فرحة كبيرة وانتصاراً وحدثاً هاماً في حياة المرأة وشخصيتها . . وهو يساهم في زيادة الثقة بالنفس والنضج الشخصي والتوازن النفسي . . كما أنه يزيد من قدرات التحمل والصبر من النواحي الجسمية والنفسية .

والحمل إنجاز كبير يتطلب قدرات وتضحيات ومعاناة وشيئاً من الآلام والمنغصات والتوترات مثله في ذلك "كل إنجاز عظيم" . حيث نجد إقياءات الحمل والوحام في الشهور الأولى إضافة للتعب الجسمي والخفقان والأرق والعصبية وغير ذلك . ويزداد الاهتمام بالجنين وحركاته وتغذيته بدلاً عن الاهتمام بالجنس والزوج والآخرين . كما أن المخاوف والقلق تزداد في الشهور الأخيرة ومع اقتراب موعد الولادة .

وفي حياتنا الحديثة نجد أن تطور الطب قد ساهم في التخفيف من أعباء الحمل ومشكلاته . ولدينا الآن مجموعة من النصائح والخبرات المفيدة التي يمكن للمرأة الحامل أن تستفيد منها مما يزيد في وعيها وفي تحسين تعاملها مع مرحلة الحمل وأيضاً في إعدادها لمرحلة الولادة ورعاية الوليد . ومما لاشك فيه أن مشاركة الزوج لزوجته الحامل في المسؤوليات والمتطلبات وفي تقديم الدعم الكافي ، لها أثر كبير إيجابي في مسيرة الحمل وفي الصحة النفسية والجسمية للحامل .

وفي مرحلة الولادة ومابعدها تتعدد الأفراح بقدوم المولود الجديد وتزداد المسؤوليات الملقاة على عاتق الأم من حيث الرضاعة والتغذية والعناية الجسمية . وتساهم هذه المسؤوليات في نضج شخصية المرأة وفي ازدياد تحملها للمسؤولية . كما نجد أنها أصبحت أكثر واقعية في تصرفاتها وعواطفها وتنمو لديها قدرات عملية

متعددة . ومثلاً فإن المرأة التي تهتم بالنظافة والأناقة بشكل مفرط ويصيبها القرف والتقزز والانزعاج من مفرزات الجسم أو الروائح الكريهة نجدها أكثر تقبلاً للقيء والبول والبراز من خلال اهتمامها برضيعها والعناية به .

كما يزداد احساسها بالطرف الآخر بدلاً عن ذاتها ونرجسيتها . وتنمو لديها قدرات العطاء والحنان والرعاية لما تراه وتحسه من حاجات الرضيع إليها .

كما أن ازدياد هرمون الحليب الذي يضمن استمرار الإرضاع يساهم في تأكيد التفرغ للعلاقة مع الرضيع وإشباعه . ويمكن أن يؤدي ذلك إلى إبعاد الزوج نسبياً من خلال إضعاف الرغبات الجنسية الطبيعية للمرأة . ومن هنا تبرز النظرة الشائعة بأن " الأمومة في معانيها وفي صفاتها الشكلية والسلوكية " تتناقض مع الجاذبية الجنسية .

وتشمل المراحل التالية للأمومة تربية الطفل والعناية به وحمايته وتوفير متطلباته العديدة وكل ذلك يساهم في تطور شخصية المرأة وسلوكها . فهي تحاول أن تكون أماً مثالية وأن تعطي طفلها أو طفلتها أحسن ماعندها . كما أن مسؤوليات التربية والرعاية تدفع المرأة لتطوير شخصيتها ومعلوماتها وقدراتها وردود أفعالها وتحسين ذلك باستمرار .

والحقيقة أن العلاقة مع الطفل هي علاقة تبادلية يملؤها الحب والعطاء والرعاية وأيضاً التقويم والتدريب . وهي علاقة خاصة

يمكن لها أن تشبع كثيراً من الحاجات النفسية للمرأة . ويمكن لها أن تعوض عن مشكلات وإحباطات عاشتها سابقاً أو تعيشها حالياً . حيث تستطيع المرأة أن تتخفف من عقدها ونواقصها ونقاط ضعفها من خلال العطاء لأطفالها وتنمية مهاراتهم وتحقيق مالم تنله في طفولتها وما عجزت عن تحقيقه هي .

ويمكننا القول بشكل عام أن الأمومة تساهم في التخفيف من " النرجسية والأنانية وحب الذات " لما فيها من مسؤوليات ورعاية وعطاء . كما أنها تساهم في " النضج الشخصي والعملي والانفعالي " .

ويمكنها أيضاً أن تساهم في شفاء وتعديل " الجروح النفسية والشخصية " من خلال تحقيق الذات وبناء الشخصية والمشاركة في المجتمع وغير ذلك .

وفي الجانب الآخر لابد من التأكيد على أن الأمومة تتطلب قدراً من الصحة الجسمية والنفسية . . والشخصيات الطفولية غير الناضجة وأيضاً الشخصيات النرجسية الأنانية يصعب عليها ممارسة أدوار الأمومة بشكل ناجح . كما أن الشخصيات التي تعرضت لحرمانات طفولية شديدة وقسوة وإيذاء لايمكنها أن تتمثل أدواراً أمومية ناجحة مالم تتلق عوناً اختصاصياً أو عوناً أسرياً أو اجتماعياً . ومثل ذلك أيضاً الشخصيات العدوانية أو الشخصيات التي تتهرب من المسؤولية ولاتتحملها .

والحقيقة أن الأمومة ليست كلها حباً وعطاءً وأفراحاً ومتعاً . . ولابد من الاعتراف بمشكلات الأمومة واضطراباتها وتناقضاتها وآلامها وأعبائها .

والنظرة المتوازنة للنفس البشرية تؤكد أن الإنسان يبحث عن اللذة والراحة ويهرب من الألم والضغوط ولايمكن للإنسان أن يكون عطاءً مطلقاً في كل الظروف والأوقات . والأم بشر لها ذاتها وأحلامها وضعفها ولابد من الاعتراف بالضعف البشري دون تأكيده والاستمرار في السقوط فيه .. وأيضاً لابد من السعي إلى تزكية النفس والارتفاع والسمو بها . وأيضاً لابد من " رعاية الأمومة " وتطويرها وصقل قدرات المرأة وتحسينها وتهذيبها ، ليس فقط من الناحية الصحية والجسدية بل من النواحي النفسية والتثقيفية والسلوكية مما يساعد المرأة على أداء أدوارها بشكل مثمر وإيجابي في الحياة الشخصية والأسرية والاجتماعية وبما يتناسب مع العصر الحديث ومتطلباته .

وأخيراً . . يمكننا النظر إلى "مفهوم الأمومة" من زاوية أخرى . . وهي أن الرجل يحمل في داخله وشخصيته "قدرات أمومية" وبنسب متفاوتة عن المرأة مثلما تحمل المرأة قدرات أبوية . وتتنوع أدوار المرأة والرجل ونسبة الأمومة والأبوة لدى كل منهما . وتتزايد هذه القدرات أو تنقص وفقاً للمرحلة الحياتية

والظروف الخاصة التي يعيش فيها الرجل والمرأة وهذا كله ضمن الحدود الطبيعية والعادية .

وهكذا علينا أن نقبل طبيعتنا وأنفسنا وأن نتصالح مع جوانب شخصياتنا الأموية والأبوية في دواخلنا . . وأن نسعى جاهدين للقيام بواجباتنا وإعطاء كل ذي حق حقه في النفس والأسرة والمجتمع .

٢ مخاوف المرأة في سن الأربعين

يعتبر سن الأربعين بالنسبة للمرأة عدواً خطيراً وشبحاً مخيفاً . . وهي تحاول أن تواجهه قبل الوصول إليه وبعد الوصول إليه . . وتختلف أشكال المواجهة وفقاً لشخصية المرأة ودرجة قلقها وثقتها بنفسها . وكثير من النساء لايعترفن بوصولهن إلى الأربعين ولايتجرأن على لفظها . بل يقلن عن عمرهن أنه ٣٧ سنة أو ٣٨ سنة أو ٣٩ وليس أربعين . . .

ويرتبط ذلك الخوف بموضوع مايعرف خطأً "بسن اليأس" حيث تواجه المرأة صعوبات خاصة وثقيلة وقلقاً جارفاً يهز كيانها ومشاعرها وتركيبة شخصيتها إلى الأعماق .

وفي سن اليأس تحدث تغيرات عضوية وهرمونية هامة تؤثر على جميع وظائف الجسم وعلى المظهر والجاذبية والبشرة والقوام .

والأصل في "سن اليأس" هو فقدان القدرة على الإنجاب والحمل والولادة . وهو مرحلة طبيعية في حياة المرأة تشبه مختلف مراحل الحياة من الطفولة إلى البلوغ ثم مرحلة الشباب والكهولة ثم مرحلة الشيخوخة .

وتختلف النساء في طريقة مواجهة هذه السن والتغيرات المرافقة لها . . وبعضهن يصبن بالاكتئاب والقلق واليأس

والإحباط الشديد . . والبعض الآخر يواجهن ذلك بشكل متدرج وحدة أقل .

وتتغير أراء بعض النساء ونظرتهن إلى أزواجهن في هذه السن حيث تبرز المخاوف والشكوك وعدم الاطمئنان إلى تصرفات الزوج .

وربما تزداد المشكلات الزوجية والصراعات بين الأزواج . والأسباب العميقة وراء ذلك هي محاولة المرأة أن تثبت نفسها وقوتها وإرادتها وأيضاً أن تثبت أنها لا تزال تحتفظ بأهميتها وقيمتها .

وفي هذه السن تتعدد تجارب الفقدان وتتنوع . . ومنها ظهور عدد من الأمراض الجسدية بسبب التقدم في العمر وبالتالي فقدان الصحة والعافية أو التهديد باضطراب الصحة الجسدية .

كما أن الأولاد والبنات يتزوجون ويفارقون الأسرة . وتحدث تغيرات وأحداث مشابهة في أوساط الأهل والأقرباء والصديقات . ويساهم ذلك في زيادة القلق والخوف من هذه السن وما يمكن أن يرتبط بها من أحداث .

وتبرز خيالات وأحلام في العودة إلى الشباب والتشبث بالماضي وأيضاً محاولة البحث عن "ماء الحياة" ومقاومة التغيرات الجسمية المتنوعة إضافة لازدياد الخوف من الحاضر والمستقبل .

ويبرز عند بعضهن انتقاد الذات ولومها والبحث عن الأخطاء السابقة ومحاسبة النفس بشكل مضخم وغير واقعي . وربما تصل المرأة إلى درجة من النقد الذاتي المرضي حيث تعتبر أن سيرة حياتها ممتلئة بالأخطاء وأنها تزوجت خطأ وأنها كان عليها أن تكمل دراستها وغير ذلك . وهي تلقي باللوم على نفسها أو على من حولها من زوج أو أهل أو ظروف . . وهي تتمنى أن تعيد حياتها من جديد بأسلوب آخر . . وربما تحاول إكمال ذكريات وقصص قد انتهت من زمن بعيد .

ويظهر الخوف في سن الأربعين بأشكال مرضية أخرى مثل "التصابي" ومحاولة الظهور بشكل أصغر سناً وأكثر صباً . وتلجأ المرأة إلى أساليب عديدة شكلياً وعملياً لتغير آثار الزمن على وجهها وبشرتها وجسمها . ويمكن أن تظهر بعض التصرفات الغريبة بما يعرف "بالمراهقة المتأخرة" .

وبعض النساء يحاولن الحمل في هذه المرحلة لاستعادة الشباب والفاعلية بالنسبة لذاتها ولمن حولها وبالأخص للتأثير على زوجها وتذكيره بأنها لاتزال "ولوداً" .

ومما لاشك فيه أن درجة من القلق والخوف تعتبر صحية ومفيدة حيث يمكن للقلق الاعتيادي أن يساعد المرأة على مراجعة نفسها وحاضرها ومستقبلها بشكل واقعي وعملي مفيد وإيجابي . ولايمكن "إيقاف عقارب الزمن" ولكن يمكن التعامل معه ومع

المتغيرات التي تصاحبه . ولابد من مواجهة المشكلات بدلاً عن الهروب منها .

وتلعب الظروف الاجتماعية التي تحيط بالمرأة ، إضافة للقيم والتصورات المرتبطة بأدوارها وسلوكياتها ، دوراً حاسماً في تثبيت القلق الطبيعي المرتبط بسن اليأس وأيضاً في توجيه هذا القلق بشكل مرضى وسلبي أو في توجيهه بشكل عملي وواقعي وإيجابي .

ولابد من توفر الإمكانيات والنشاطات والسلوكيات المفيدة التي تخفف من أعباء هذه المرحلة العمرية وتجعلها مرحلة أقل خوفاً وقلقاً .

والحقيقة أن الحياة لاتنتهي في سن الأربعين أو الخمسين وتنتهي إمكانية الإنجاب فقط . ويمكن للحياة أن تزدهر وتأخذ أشكالاً مفيدة ويمكن للمرأة أن تلعب أدواراً هامة . . أولها دور المرأة الناضجة الخبيرة والحكيمة التي مارست عدداً من الأدوار الناجحة فيما سبق وبإمكانها أن تتفرغ في هذه المرحلة لأداء أدوار أخرى جديدة تتناسب مع شخصيتها وقدراتها وعمرها .

ولابد للحياة أن " تستمر وتتجدد " إذا توفرت الإمكانيات المناسبة . . الشخصية والاجتماعية .

٣ الاستثمار في الحياة الزوجية !!

يعني الاستثمار فيما يعنيه وضع الخطط الدقيقة ودراسة تفاصيل المشروع المختلفة من حيث الأرباح والخسائر والأموال والجهود المطلوب توظيفها واستثمارها . . ومن ثم الموافقة على المشروع والدخول فيه أو الابتعاد عنه وإلغاؤه .

وكما هو واضح فإن "الاستثمار" مصطلح اقتصادي لايمكن تطبيقه في الحياة الزوجية . . إلا عند فساد الأحوال وتدهور القيم وانقلاب الموازين البشرية .

والعلاقة بين المرأة والرجل لها عدة جوانب . . وفيها الجانب المادي بالطبع ، ويشمل ضرورات توفير الحاجيات الأساسية من مسكن وملبس وطعام وجنس إضافة إلى الكماليات المتعددة . وهناك الجانب العاطفي والمشاعر الإيجابية والحب والود والألفة والصداقة .

وهناك الجانب الاجتماعي والقانوني ويشمل الأخلاق والأفكار والتعامل مع الآخرين وبناء الأسرة وتربية الأطفال وغير ذلك .

ومما لاشك فيه أن العصر الحديث يمثل تطرفاً باتجاه المادية ومفاهيم "السلعة" والسوق والبيع والشراء والقيمة . . وكلها أصبحت مفاهيم طاغية تطبق في الحياة الإنسانية وبشكل يومي .

ولاشك أن الفراغ الروحي والأخلاقي وتدهور القيم والمفاهيم الإنسانية يمثل مرضاً خطيراً يؤدي إلى اضطراب الإنسان واضطراب المجتمع .

وفي الواقع العملي نجد أن البعض يبحث عن زوج غني أو زوجة غنية وهو يضع في اعتباره تفاصيل شيقة عن الأرباح والأموال والمكاسب المادية التي يمكن أن يجنيها من هذا الزواج . . ويمكن أن يحدث التنافس على إمرأة معينة أو رجل معين بطريقة "المزاد العلني" أي أن الذي يدفع أكثر هو الفائز بالرضى والقبول في الزواج . وبشكل عام فإن المرأة تبحث عن غنى الرجل بحكم تبعيتها الاقتصادية وعدم وجود موارد للعيش لها إلا من خلال زوجها . وهذا أمر مفهوم وشائع ، ولكن الغريب أن عدداً من الرجال أصبح يبحث عن المرأة الغنية لغناها فقط . . وفي ذلك انقلاب للموازين واضطراب واضح . . وكأن الرجل يريد أن يكون مدللاً دون مسؤوليات ، إضافة لتفسيرات أخرى نفسية واجتماعية . . .

والحقيقة فإن تنوع الحياة الشخصية والظروف الخاصة التي تواجه الرجل أو المرأة تتطلب درجة من المرونة ولايمكننا أن نقيس الأمور بمقياس واحد وبنظرة ضيقة . . نطلق من خلالها الأحكام القياسية دون روية . . وذلك على حالات الزواج المختلفة والمتنوعة في مواصفاتها .

ويبقى التقارب العام في المستوى المادي بين الرجل والمرأة عاملاً هاماً في نجاح الزواج واستمراريته. بينما تلعب الفروق الكبيرة المادية دوراً مرضياً وهداماً في الحياة الزوجية. ولابد من التفريق بين الطموح لتحسين الحياة المادية أي البحث عن الأفضل، والذي يمكن اعتباره كباعث فطري إيجابي سليم يدفع الإنسان للعمل والدأب والابتكار والسعادة، وبين الطمع والتنافس المادي الفارغ الذي لايرتوي والذي لايمثل إلا إنحطاطاً في قيم الإنسان وخلقه وتدهور الحياة الإنسانية النفسية والروحية والاجتماعية.

٤ الهدية في الحياة الزوجية

الهدية تعبير واضح عن التقدير للشخص المهدى إليه . . ويمكن لها أن تترك أثراً طيباً عميقاً وإيجابياً في الحياة الزوجية ، لأنها تحمل معاني العطاء والشكر والحساسية للطرف الآخر واحتياجاته وذوقه ومايرغب فيه . والهدية المفيدة لابد أن يسبقها تأمل وتفكير بنوعية الهدية ومدى مناسبتها للطرف الآخر . وليس بالضرورة أن تكون الهدية غالية الثمن كي تكون "ثمينة ومؤثرة" فالهدية يمكن أن تكون رمزية ومعبرة عن المشاعر الإيجابية وعن عواطف الحب والتقدير والوفاء .

وهناك عدد من الهدايا التقليدية الشائعة في مجتمعاتنا غالية الثمن ، مثل الذهب والمجوهرات والتي تتعلق بها النساء كثيراً وتجد لها موقعاً عزيزاً ومؤثراً فيهن . . وقد بينت إحدى الاستطلاعات الخاصة أن المرأة تفضل الهدايا غالية الثمن ولها ولزوجها ، بينما يفضل الرجل الهدية الرمزية والمعبرة بنسبة أكثر من المرأة .

وربما يكون هذا التعلق المادي من قبل المرأة في أحد جوانبه انعكاساً لوضعيتها الأدنى من الناحية المادية . ومن ناحية أخرى يعكس ذلك التصاقها بالطبيعة والواقع وابتعادها عن الخيال بشكل أكثر من الرجل ، والذي يجد هامشاً أكبر في تجاوز الواقع والتسامي عن متطلباته الفورية .

كما أن التقدير المادي للهدية يمكن أن يشكل أداة أو سلاحاً بيد المرأة يمكنها أن تهاجم به الرجل وأن تدافع به عن نفسها أيضاً ، وأن تحاول من خلاله استعادة قليل من حقوقها الضائعة ، أو أن تعبر بواسطته عن غضبها واستيائها للظلم الواقع عليها ولكن بشكل ضمني وغير مباشر من خلال إرهاقها للزوج وإيذائه بطلب الهدايا غالية الثمن . .

ومن المفهوم والمقبول أن تكون الهدية متناسبة مع وضع الرجل الاقتصادي وإذا كانت مرهقة وفوق طاقته فهي "هدية إزعاج" ولو أن الرجل في كثير من الأحيان يشتريها ويقدمها ولكنه يدرك فيما بعد أن تلك الهدية لم تكن مناسبة وأنها قد ولدت عنده جملة من المشاعر السلبية دون ضرورة .

والهدية تكون أكثر وقعاً وتأثيراً إذا كانت عفوية "دون طلب" حيث يعبر ذلك عن المشاعر التلقائية المحبة والإيجابية من قبل المعطي ، ويحظى ذلك بتقدير واضح من الطرف الآخر . . كما أن الهدية غير المتوقعة هي بمثابة مكافأة تثبت السلوك الإيجابي والخير لدى المتلقي وتزيد في تصرفاته وسلوكياته الحسنة . . وهذا معروف في العلوم السلوكية من حيث أهمية المكافأة أو الثواب ودورها في تحفيز السلوك الإيجابي وتنشيطه وتثبيته .

ونجد أن كثيراً من الأزواج والزوجات يعتادون على تقديم الهدايا ويذكّرون بعضهم البعض في مواعيدها المستحقة . . وفي

ذلك جانب مفيد وعملي من حيث التعود على العادات الطيبة . ولكن من الممكن أن تتحول هذه العادات إلى قشور تفتقد المضمون وتتحول الهدية إلى نوع من المفاخرة والتعالي والإدعاء وأيضاً إلى نوع من "الرشوة" "وشراء الصمت" "والتغاضي عن العيوب والأخطاء" . . وهنا لابد من معالجة المشكلات الزوجية بشكل جدي وعميق والمحاولة بعدة طرق وعدة مرات للوصول إلى تفاهم أكثر بدلاً عن الاستغراق في الشكليات التي تخفي جروحاً ومشكلات كبيرة .

وأخيراً لابد من التأكيد على أن الهدية "مفتاح للقلوب" "ودواء ناجح" في العلاقات الزوجية إذا أحسن استخدامها وتفهمها .

٥ العنف الزوجي .. ملاحظات

يعتبر العنف الزوجي أحد المشكلات الشائعة في العصر الحديث . . وفي المجتمعات الغربية أجريت عديد من الدراسات لتحديد هذه الظاهرة وأسبابها وطرق التعامل معها والحد من آثارها الخطيرة .

وفي بلادنا يبدو أن هذه المشكلة ليست نادرة . . ومن المفهوم أن كثيراً من حالات العنف الزوجي تبقى قيد الكتمان ولايدري بها إلا الزوج والزوجة .

والعنف الزوجي هو أحد أشكال الإيذاء الجسمي والنفسي الذي تتعرض له الزوجات من أزواجهن . ومن الممكن أن يتعرض الأزواج أيضاً للعنف من زوجاتهم .

والعنف الزوجي يمكن أن يؤدي إلى عاهات مستديمة مثل فقد البصر في إحدى العينين أو الكسور المتنوعة أو الإصابة الدماغية والشلل . . وأيضاً يمكن أن يتسبب في الموت .

وهناك درجات للعنف ابتداءً من السباب والشتائم إلى مد اليد والضرب والركل وحركات المصارعة والملاكمة والكاراتيه ، إلى استخدام أدوات أو آلات حادة أو أسلحة .

وتتميز الشخصية الاندفاعية العنيفة بممارستها للعنف الزوجي أكثر من غيرها . وأيضاً الشخصية الشكاكة والشخصية

العدوانية المضادة للمجتمع . ويلعب الكحول والمواد الإدمانية دوراً في العنف الزوجي . كما أن نقص الذكاء لدى الزوج أو الزوجة يلعب دوراً في استشارة العنف والقيام به .

ولابد من التأكيد على أهمية التفاهم بين الزوجين "وبالطرق السلمية" . وفتح أبواب الحوار والمناقشة وإبداء الرأي وتحكيم العقل والمنطق والمرونة . . وفي حالات أستثارة الغضب يفضل الابتعاد عن الطرف الآخر مؤقتاً ، والقيام بالوضوء وبالتنفس العميق ، وبعد أن يهدأ الغضب يمكن متابعة الحوار إذا أمكن . ولابد من المرونة والاستماع إلى الطرف الآخر ووجهة نظره .

وفي كثير من الأحيان يتطلب الأمر تدخل الأهل والجيران والأصحاب وأيضاً الشرطة لحماية الزوجة من الأذى ولوضع الخطط التي تؤمن حمايتها وإصلاح العلاقة الزوجية .

والعنف الزوجي يؤدي إلى المشاعر السلبية عند الضحية والتي يمكن أن تتحول إلى الإنتقام والأذى وبأشكال متنوعة غير مقبولة . كما يمكن أن تتحول إلى الخوف المزمن والقلق والاكتئاب والأعراض النفسية والجسميةوالبرود الجنسي وغير ذلك .

وأجواء العنف المنزلي مَرَضية بالنسبة للأطفال الصغار والكبار . وهي تساهم في نشوء الخوف والقلق وعدم الاستقرار والإدمانات إضافة للسلوك العنيف والعدواني والإجرامي وغير ذلك .

ولابد من تأمين الحماية والرعاية الكافية للأطفال لأن العنف الزوجي قد يمتد إلى الأطفال وإلى ايذائهم جسمياً أو نفسياً .

ولابد من مراجعة النفس وضبطها وتهذيبها وتعديل أساليب التفاهم واستعمال الأساليب المفيدة والصحيحة والالتزام بذلك دون تفريط أو تقصير . ولابد من الاهتمام بمشكلات العنف ودراستها وتسليط الأضواء عليها لأن ذلك يساهم في الحد منها ويخدم الزوج والزوجة والإبناء والمجتمع .

٦ المرأة التي تلد الإناث فقط !!

يرتبط موضوع تحديد جنس المولود بكثير من الغموض والاهتمام في كافة المجتمعات وعبر مختلف العصور .

وفي عصرنا الحالي أصبح من السهل نسبياً معرفة جنس الجنين أثناء الحمل . وتجري كثير من الدراسات والأبحاث حول إمكانية التحكم في جنس المولود والذي أصبح واقعاً في بعض الحالات .

وتشير إحدى الدراسات المبدئية إلى أن شخصية المرأة وصفاتها العامة من حيث الاعتماد على النفس والاستقلالية والجرأة والقوة في فترة الجماع المؤدية للحمل أن ذلك يؤدي إلى ذكورة الجنين ، وذلك من خلال ارتباط هذه السمات والسلوكيات بهرمونات الذكورة . وفي الحالة المعاكسة والتي تؤدي إلى أنوثة الجنين بسبب ارتباط السمات والسلوكيات بهرمونات الأنوثة . . ولايعتبر ذلك نتيجة علمية أكيدة وإنما هي نظرية ضمن عديد من النظريات والملاحظات التي تحتاج إلى الدراسة .

و بعض الرجال يتزوج بإمرأة ثانية لأن الأولى لاتلد له إلا إناثاً . . ولكن ربما يكان المولود الجديد ذكراً فلماذا لايحاول ثانية أو ثالثة أو أكثر . . !! وجنس المولود مسؤول عنه الرجل والمرأة معاً ولايزال يكتنف الغموض تفاصيل ذلك . وبالطبع ليس ذنب المرأة

أن تلد أنثى من الناحية العقلية أو الشرعية أو المنطقية . والظلم شر كبير ولايمكن أن تعاقب المرأة على حملها الأنثوي لأن عنصر الإرادة والتحكم مفقود قطعاً .

والحقيقة أن وضعية المرأة المظلومة في هذه الحالات وضعية مأساوية صعبة فهي تشعر بالعجز التام وأقسى أنواع الإحباط مما يعرضها لعدد من الاضطرابات النفسية الشديدة . وهنا فإن المذنب الحقيقي هو الرجل بقصر نظره وجهله . . مما يستوجب إعادة النظر وتعديل النظرات وتحديد المسؤوليات الواقعية بين الرجل والمرأة . ولابد للتفاهم والتعاون لإغناء الحياة والتمتع فيها بدلاً من الصراع والضرر والإضرار .

٧ الاكتئاب عند الرجال

من المعروف أن حالات الاكتئاب على مختلف أنواعها ودرجاتها تصيب الرجال والنساء معاً . . مثلها في ذلك معظم الحالات والاضطرابات النفسية . .

ولكن الدراسات الاحصائية بينت أن الاكتئاب يصيب النساء أكثر من الرجال وبنسبة حوالي الضعف لدى النساء . ولايسهل تفسير ذلك . . وربما تلعب العوامل العضوية والهرمونية والنفسية إضافة للعوامل التربوية والاجتماعية دوراً في اختلاف هذه النسب .

وتبين بعض الدراسات الحديثة الغربية أن الاكتئاب عند الرجال هو في ازدياد بشكل عام . . وتلعب الظروف الاجتماعية دوراً واضحاً في ذلك . . ومنها انتشار البطالة وعدم استقرار فرص العمل ، وأيضا ازدياد المشكلات الزوجية والتنافس بين المرأة والرجل ، واستعمال المواد الإدمانية المتنوعة وغير ذلك .

وتؤكد القيم الاجتماعية العامة على صلابة الرجل وتحمله ورجولته وقوته في وجه جميع المصائب والعقبات . . وهذا مايضيف على الرجل أعباءً إضافية قد لايستطيع جهازه العصبي وتكوينه النفسي تحملها مما يجعله عرضه للانهيار والاكتئاب بأشكال ظاهرة أو غير مباشرة .

كما أن الحياة الحديثة تفرض على الرجل أن يقوم بأدوار متعددة لم يتعود على القيام بها مثل الأعمال المنزلية ورعاية الأطفال في حال عمل زوجته وأضطراره إلى المساهمة في رعاية الأسرة من خلال مشاركة الزوجة التي أصبحت تطالب بمشاركة الزوج في مختلف المسؤوليات .

ومن المؤكد أن الرجل يحتاج للدعم والتشجيع والعون في أوقات الأزمات وغيرها ولايختلف في ذلك عن المرأة . . ولابد من الانتباه إلى وجود الاكتئاب عند الرجل وتشخيصه وعلاجه قبل أن يتطور إلى الإنهيار أو الاضطرابات النفسية والجسمية المختلفة .

ولابد من التأكيد على أن الاكتئاب ليس عيباً أو حراماً والإنسان القوي يتعب أحياناً ثم يستعيد قوته ونشاطه . . وهكذا الحياة .

[٨] الفتـــاة الجـــامعـــية هـــل تتزوج ؟!

إن تحديد السن المناسبة للزواج بالنسبة للفتاة يتعلق أساساً بالظروف الاجتماعية السائدة والقيم الخاصة المتعلقة بالمرأة والزواج ونظرة الرجل للمرأة وأيضاً نظرة المرأة إلى نفسها . .

ولاتزال سن الزواج مبكرة في مجتمعاتنا عموماً . . وسن العشرين وماقبلها لاتزال تعتبر السن المثالية للزواج .

ومع تغير ظروف المجتمع وانتشار التعليم أصبح من الضروري بالنسبة لكثير من الفتيات تأخير الموافقة على الزواج إلى مابعد إكمال التعليم الجامعي . كي لايصبح الزواج بمسؤولياته الكثيرة عبءاً إضافياً وعائقاً أمام إنجاز الدراسة وإكمالها .

وهذه حقيقة بسيطة ومقنعة في عدد من الحالات . . ولكن يظن البعض أن الفتاة التي أكملت تعليمها الجامعي قد ضاعت فرصتها في الزواج وأن بها عيباً ما جعلها لاتتزوج مبكرة . . وكأن القاعدة الوحيدة هي زواج البنت في المرحلة المتوسطة أو الثانوية .

ومن ناحية أخرى تتصف الفتاة الجامعية بعدد من الصفات العامة إضافة إلى أنها فوق العشرين . . مثل " ثقافتها العالية " " وقوة شخصيتها " " وخبراتها المتعددة في الحياة والناس " وذلك من خلال حياتها الجامعية وعلاقاتها بزميلاتها ومدرساتها إضافة لشهادتها وتحصيلها العلمي في مختلف المجالات .

ومما لاشك فيه أن المرأة تبحث عن رجل أكثر منها قوة والرجل يبحث عن إمرأة أضعف منه عموماً . . مما يجعل الفتاة الجامعية في وضع حرج من حيث فرص الزواج . . مالم تتعدل النظرة الشائعة التي تؤكد على ضعف المرأة وتفوق الرجل الكامل . ولابد للرجل والمرأة من التعاون على أمور الحياة ومتغيراتها وظروفها . . ويمكن للرجل أن يقبل بإمرأة أكثر قوة من الفتاة الصغيرة الضعيفة الخائفة التي لاتعرف شيئاً عن الحياة أو تعرف أشياء قليلة .

ولابد للمرأة أن تقبل برجل أقل عظمة وتفوقاً من الفارس صاحب الجواد الأبيض الذي يعرف كل شيء ويستطيع أن ينثر تحت قدميها الورود والمجوهرات ويؤمن لها كل متطلباتها .

ومما لاشك فيه أن هناك تنوع كبير في مواصفات حالات الزواج الناجحة من حيث العمروالشهادة الجامعية وصفات الشخصية وغير ذلك . . ونجد الفتاة الجامعية تتزوج من يفوقها علماً وعمراً ، وأيضاً تتزوج من هو أقل منها شهادة . . وتتزوج من يتشابه ويتقارب معها في هذه النقاط .

والحقيقة أن القلق المرتبط بزواج الفتاة الجامعية له مايبرره من حيث انتشار النظرات الضيقة إليها من المجتمع ومن الرجل . ويمكن أن يؤدي هذا القلق إلى التسرع بالموافقة على أول خاطب

دون تعقل وصبر . وبعض الفتيات يندمن على إكمال التعليم ويحسبن أن العمر قد ضاع دون زواج .

ولابد من التأكيد على أن "العلم نور" وأن الفتاة الجامعية تتميز بقدرات متنوعة يمكن أن تعينها في حياتها الزوجية وفي تربية الأطفال إضافة لإمكانياتها العملية والمهنية ومساهمتها مع الرجل في بناء الأسرة والمجتمع .

وإذا تحولت الشهادة الجامعية إلى "غم وهم" فهذا يعني انقلاب الموازين وتناقضها . . مما يطرح أهمية التعقل والحكمة وإصلاح مايمكن إصلاحه والصبر على مالايمكن إصلاحه .

العلاقة الزوجية .. أسئلة وإجابات

١ - فتور العلاقات الزوجية لماذا ؟

ينتج فتور العلاقة الزوجية عن أسباب عديدة . . ومنها "اختلاف شخصية الزوجين" في السلوك والتفكير والمشاعر وردود الفعل ، وفي النواحي الثقافية والاجتماعية والتربوية والمالية ، وأيضاً من النواحي النفسية والعقد الخاصة التي يحملها كل منهما .

ويؤدي هذا الاختلاف إلى الإحباط المتكرر والانزعاج المتكرر من الطرف الآخر لأنه "يتصرف على غير مايتوقع منه" . وهذا يؤدي إلى ازدياد المشاعر السلبية وفتور العلاقة .

ولايمكننا أن نتوقع تشابهاً كبيراً بين الزوجين في مختلف ملامح الشخصية وتكويناتها ولكن القاعدة العامة أن "التشابه يولد التفاهم ويسهله" .

وفي حالات الاختلاف لابد من السعي الحثيث إلى التقارب والعمل على الاقتراب من الطرف الآخر وبناء الجسور بين الزوجين . ولابد من التنازل للآخر ومحاولة الامتداد إليه في شخصيته وأساليبه وتفكيره .

وفي كثير من الحالات الزوجية التي تطورت بشكل سلبي حدث أن ابتعد الطرفان عن بعضهما بعد مرحلة الإحباط واليأس

من التغير والتغيير في الشخصية وازدادت عزلة الطرفين وأصبح كل طرف عالماً مغلقاً بذاته عن الآخر .

ومن أسباب فتور العلاقة الزوجية " صعوبة التفاهم ونقص المهارات الشخصية الاجتماعية " حيث تتطلب العلاقة الزوجية احتكاكاً وتفاهماً على عشرات الأمور الحياتية اليومية . وبعض الأشخاص من الرجال أو النساء تنقصهم مهارات التفاهم والتواصل والحوار ولم يتدربوا على هذه المهارات بشكل كاف يساعدهم على التفاهم الزوجي . وهنا تنشأ مشكلات عديدةً يومية أو أسبوعية، وتؤدي إلى المشاعر السلبية والنفور والفتور .

ومن الأسباب الأخرى الهامة لفتور العلاقة الزوجية " ضعف المشاركة بين الزوجين في مختلف الأمور الحياتية " . وفي بداية الحياة الزوجية يجد الزوجان أموراً كثيرة يتشاركون فيها مثل ترتيب المنزل وشراء الأثاث والحاجات الضرورية ، وترتيب الطعام والزيارات والنشاطات العملية والترفيهية المختلفة . وبعد فترة تخف الحوارات والنشاطات المشتركة وتتحول الحياة الزوجية إلى نشاطات رتيبة " روتينية " ينقصها التجديد والمشاركة الفعالة في نشاطات جديدة . ويتطلب ذلك البحث عن إغناء الشخصية وإغناء العلاقة الزوجية بالمشاركات المتنوعة من الطرفين مما يغني الحياة ويقرب بين الزوجين ويسعدهما .

٢ - أقارب الزوجين ماهو دورهم في توتر العلاقة بين الزوجين ؟

مما لاشك فيه أن الأقارب لهم دور في المشكلات الزوجية مثل تدخل أم الزوج وأخوته والحماة وباقي أهل الزوجة .

ومن الشائع ظهور التوتر والمشاعر السلبية لدى أهل الزوج وأهل الزوجة فيما بينهما ولاسيما في المراحل الأولى من الزواج حيث يشعر الطرفان أن إبنهما أوابنتهما قد ابتعد أو ابتعدت عنهما وأنهم قد خسروا الإبن أو الإبنة بسبب الزواج . . ويولد الفراق عادة مشاعر الغضب والأسى ويمكن أن تنصب هذه المشاعر السلبية من قبل الأهل على الزوج وأهله أو الزوجة وأهلها .

ولابد من ضبط هذه المشاعر والاعتراف بالواقع وهو أن الإبن (أو الإبنة) قد صار له حياة مستقلة وأسرة جديدة من خلال الزواج ، وهذه حقيقة الحياة والزمن ولابد من تقبلها والتعايش معها .

ومن المطلوب أن يلعب أهل الزوجين أدواراً إيجابية تعين هذه العلاقة الزوجية الناشئة بدلاً من تحطيمها أو الإساءة إليها .

٣- "معدة الرجل أقرب وسيلة لكسب عطفه ومودته" هل هذا صحيح ؟

مما لاشك فيه أن معدة الرجل طريق مفيد لكسب عطفه ووده . . وهذا مثل قديم انجليزي في أصله ، ولكنه يطبق عموماً في مختلف المجتمعات . حيث يعمل الرجل خارج المنزل ثم يأتي

إلى منزله جائعاً متعباً وتحضر له زوجته الطعام . . ومع تغير المجتمع والأدوار ولاسيما في حال المرأة العاملة خارج المنزل يمكن أن يفقد هذا المثل بعض محتواه . . ولكن يبقى أن الطعام حاجة أساسية وضرورية للرجل والمرأة ، والاهتمام بالمأكولات وأصناف الطعام يشكل جزءاً جوهرياً في الحياة الزوجية لابد من الاعتناء به وتأمينه واعتباره مدخلاً هاماً للتفاهم بين الزوجين وإرضاء متع الطعام والإمتلاء ومايننتج عنه من سرور ولذة .

ومما لاشك فيه أن إرضاء المعدة فقط لايكفي في كثير من الحالات . . ولابد من تفهم الزوجة لزوجها وحاجاته ورغباته المتنوعة ومحاولة التقارب منه والتوفيق بين رغباتها ورغباته وحاجاتها وحاجاته بشكل متناغم ومتوافق .

١٠ الخيانة الزوجية من النواحي النفسية

مما لاشك فيه أن الخيانة الزوجية جريمة كبيرة يمكن للزوج أو الزوجة أن يقترفاها . .

وتختلف شدة هذه الجريمة . . والأشكال المخففة منها تأخذ شكل النظرة الخاصة أو الليونة في القول أو القيام بحركات تثير الجنس الآخر . وهناك أشكال متوسطة الشدة مثل الخلوة وتبادل الإعجاب والاستلطاف والكلام الخاص . وأما الأشكال الشديدة فهي اللقاء الجنسي بكافة أشكاله ودرجاته .

والخيانة الزوجية هي إثم ومعصية وإنحراف عن القيم السليمة وفي جانب آخر يمكن للخيانة الزوجية أن تكون تعبيراً عن العدوانية والغضب وأن تكون سلاحاً ضد الزوج أو الزوجة .

وهذا السلاح مدمر بالطبع لكلا الطرفين . . والزوجة مثلاً حين تخون زوجها يمكن لها أن تشعر بنوع من القوة ، وتزداد في نظرها أهميتها وتقديرها لذاتها ، كما تشعر بأنها قد فرغت غضبها على زوجها وأنها انتصرت عليه ولو بشكل منحرف .

ومما لاشك فيه أن الخيانة الزوجية ليست واسعة الانتشار في بلادنا . . بينما تنتشر بشكل واضح في المجتمعات الغربية وغيرها ، ويعود ذلك إلى عدد من الأسباب . . ومنها تعذر الطلاق في المجتمعات الكاثوليكية أو تعذره لأسباب أخرى . . كما أن ميوعة

الأخلاق والقيم لها دور واضح في ذلك . إضافة لقيم الحياة الاستهلاكية والمادية التي تؤكد على مبادىء اللذة والمتعة وتتهاون في ضرورة ضبط الإنسان لرغباته ولذاته .

ومن الأسباب أيضاً ازدياد الصراع بين الرجل والمرأة والاقتتال بينهما . . وغير ذلك من الأسباب .

ومن الناحية التاريخية نجد أن المرأة قد ارتبطت بها صفات مخيفة من حيث غرائزها وتقلبها وعلاقتها بالشيطان وصفاتها السلبية المتعددة . وقد لعب جهل الرجل بالمرأة وما يتعلق بها من حمل وإنجاب ودوره شهرية وغير ذلك دوراً هاماً في زيادة مخاوفه منها ومنافسته لها ومحاولته ضبطها وتقييدها وظلمها ، إضافة للعوامل الاقتصادية والثقافية والاجتماعية .

وقد ساهم ذلك الضبط والظلم باستعمال المرأة لسلاح الجسد وكأسلوب ترد به على قهرها . . ولايمكننا أن نقول أن المرأة تخون "بطبعها" وأنها جبلت على الخيانة فالرجل يخون أيضاً . ولابد من ضبط النفس ونوازعها وشرورها لدى الجنسين .

ويمكننا القول من الناحية النفسية أن الخيانة الزوجية جريمة يشترك فيها الزوجان . . حيث يساهم الرجل بضغوطه وإيذائه لزوجته وهضمه لحقوقها بتشجيعها على الخيانة ومن ثم على الانتقام منه بشكل خاطىء .

ومن المتوقع أن زيادة القهر والظلم تؤدي إلى الفعل العدواني والذي يمكن له أن يأخذ شكل الخيانة الزوجية عند المرأة .

وأيضاً فإن خيانة الزوج لزوجته تشجع على خيانة المرأة لزوجها .

ومن الناحية العيادية نجد أن اضطراب الشخصية يساهم في الوقوع في الخيانة الزوجية مثل بعض حالات الشخصية الحدودية والتي تتميز بالاندفاعية والسلوكيات الخطرة وتقلب المزاج والغضب ، وأيضاً بصعوبات في العلاقات مع الآخر من حيث تناوب المبالغة في تقدير الآخر أو تحقيره ، إضافة لاضطراب صورة الذات ومحاولات الانتحار أو إيذاء النفس وغير ذلك من الصفات .

وأيضاً فإن الشخصية المضادة للمجتمع والتي لاتتورع عن القيام بمختلف الأعمال المضادة للقانون والأخلاق يمكن لها أن ترتكب الخيانة الزوجية ويشكل متكرر ومتعدد .

وأما الشخصية الهسترائية والتي تتميز بالمبالغة وجذب الانتباه والإثارة الجنسية والاستعراض وتقبل الإيحاء والتأثر السريع بالآخرين ومنهم ، وسطحية الانفعالات والتفكير وحب المغامرة والإرضاء الفوري وغير ذلك من الصفات . . فإن صفاتها الأساسية وسلوكياتها تثير الريبة . . ولكنها في كثير من الأحيان لاتصل إلى درجة الخيانة الفعلية إلا إذا ترافقت شخصيتها مع

صفات مرضية أخرى مثل صفات الشخصية الحدودية أو المضادة للمجتمع .

ونجد أيضاً أن الأشخاص الذين يحملون عقداً خاصة مرتبطة بالجنس أو العدوانية أو من تعرضوا للإيذاء الجنسي أو الجسدي أو الإهمال وعدم الرعاية في طفولتهم . . يمكن لهم أن يندفعوا ويتورطوا في سلوك جنسي خاطىء مؤقتاً أو بشكل متكرر .

وفي بعض الحالات النفسية الشديدة مثل الفصام أو الهوس يمكن للاضطراب النفسي أن يؤدي إلى سلوك جنسي غريب وغير متناسب مع طبيعة الشخص وذلك بسبب اضطراب المنطق أو المزاج .

ولابد من الإشارة إلى أن الغيرة الزوجية في أشكالها المختلفة تعكس قلق الزوج أو الزوجة من الخيانة الزوجية . . والقلق العادي هنا شعور طبيعي يهدف إلى المحافظة على الشريك الزوجي وربما يصل هذا القلق إلى درجة الهذيان أو مايقرب منها . ويساهم الزوجان عادة في تطور الغيرة الزوجية من خلال غموض أحدهما أو تصرفاته غير المناسبة . . ولابد من التفريق بين الغيرة الزوجية وبين الخيانة الزوجية الفعلية ، وقد يصعب ذلك في بعض الأحيان .

وفي النهاية لابد من التأكيد على أن الإنسان يحمل في داخله نوازع الخير والشر معاً . . ولابد من تزكية النفس وضبطها والابتعاد عن الشبهات في القول والفعل .

ويمكن تفسير بعض أسباب الخيانة الزوجية في بعض الحالات دون أن يكون ذلك تبريراً لها . والإنسان مطالب بالتصرف المناسب والسلوك الناضج والواعي . . والمرأة تستطيع أن تفعل ذلك بالطبع . . وإذا كانت حياتها غير سعيدة أو مرضية مع زوجها فإن عليها أن تتجدد وتسعى للحياة التي تناسبها بشكل منطقي وأخلاقي ودون جريمة . . وعليها بالطبع أن تحاول أن تحل مشكلاتها المنزلية والاجتماعية وأن تصلح مايمكن إصلاحه وأن تصبر على مالا يمكن إصلاحه .

وكثيراً مانجد بعض الشخصيات أنها ترمي بأخطائها على غيرها ، وهي تعدد الأسباب والتبريرات التي أدت إلى جرائمها محاولة التنصل من المسؤولية . . ولكن ذلك لايعفيها من مسؤولياتها ولايخفف عنها من العقاب .

ولابد من التوبة الصالحة وإتباع الطريق القويم . . ولابد أن يسعى الإنسان ليصلح من نفسه ومن أهله مما يؤدي إلى صلاح المجتمع .

١٠ السياحة والسفر والزواج .. ملاحظات *

فيما يلي بعض الملاحظات حول استبيان خاص أعدته إحدى المجلات الخليجية حول موضوع السياحة والسفر والزواج :

أولاً : الاستبيان الحالي يمكن له أن يساهم في تقديم معلومات هامة حول موضوع السياحة والسفر والعلاقة الزوجية . ويمكن إجراء بعض الحسابات الاحصائية للإجابات ومعرفة عدد من العوامل المرتبطة معاً مما يمكن له أن يعطي معلومات هامة ومفيدة تفيد مختلف المهتمين في أمور الزواج والمجتمع .

والمعلومات التي أمامي تفيد بأن إجابة عينة الذكور (وعددها ١٠٠) على السؤال الأول وهو : "هل تسافر سنوياً مع شريك حياتك خلال العطلة الصيفية ؟" كانت على الشكل التالي :

(٤٧٪) أجابوا بنعم بينما (١٨٪) أجابوا أحياناً و (٣٥٪) كانت إجاباتهم لا . وإجابات عينة الإناث وعددها مئة أيضاً كانت متشابهة مع الذكور وهي (٥٠٪) نعم و(١٠٪) أحياناً و(٤٠٪) لا .

وتدل هذه الإجابات على أن السفر والسياحة يمثل مشكلة هامة لكثير من العلاقات الزوجية حيث أن حوالي نصف إجابات العينة كانت لاتسافر مع زوجها أو زوجتها . ويعني ذلك أن الزوج أو الزوجة يسافر مع أشخاص آخرين في العطلة الصيفية كالأهل والأقارب أو الأصدقاء أو بدونهم .

---

* مقال للمؤلف غير منشور لإحدى المجلات الخليجية

ومما لاشك فيه أن ذلك يعكس مشكلة هامة في تكوين الأسرة ونوعية التفاهم الذي يجري بداخلها . . والإجازة والسفر تمثل وقتاً من المفترض أن يكون ممتعاً ومفيداً ينعم فيه الإنسان بالراحة والتجدد من عناء عمل عام كامل . وفي الإجازة تخفف من المسؤوليات والروتين اليومي . وعنوان الإجازة يبقى التسلية والمتعة والراحة . وعندما لايشترك نصف الأزواج بهذه الفترة فإن ذلك معيار هام ومؤشر على صعوبة التفاهم وعدم تحمل الطرف الآخر وعدم الاستمتاع بوجوده في مثل هذه الفترة الخاصة والممتعة .

ثانياً : وفي نفس الاستبيان كانت الإجابات "حول معظم السفرات السابقة مع شريك حياتي أو مع الشريك والأبناء أو الأصدقاء" ، فإن الإجابات أيضاً كانت متشابهة بين الذكور والإناث وأن ٥٥٪ من الإجابات كان السفر مع الشريك والأبناء ، أي أن الأسرة تسافر معاً. بينما حوالي ٣٣٪ من الإجابات يسافر الزوجان معاً .

وهذا يدل على أن النمط الغالب في السفر والسياحة هو سفر الأسرة جميعها . بينما سفر الزوجين معاً لايزال ظاهرة محدودة . ويعكس ذلك القيم السائدة في المجتمع وأن الجميع يجب أن يسافروا بما فيهم الأطفال الصغار . .

ثالثاً : وبالنسبة للسؤال " حول أسلوب الحصول على المال من أجل السفر " كانت معظم الإجابات أن ذلك كان يتم بالإدخار . ونسبة قليلة من الذكور تأخذ سلفة (٣٪) أو تأخذ راتباً مقدماً (٥٪) أي (٨٪) معاً . بينما في عينة النساء ارتفعت هذه النسبة إلى ١٥٪ (١٢٪ سلفة و٣٪ استبدال راتب) .

ويدل ذلك على حسن التخطيط وإدخار المال بالنسبة للسفر والسياحة عند الغالبية .

ولكن نسبة قليلة من الأزواج والزوجات لازالت تعتبر السفر والسياحة أمراً هاماً جداً يتطلب الاستدانة والمشقة من أجل توفيره . ويبدو أن الزوجات أكثر حرصاً على السفر حتى ولو كانت الإمكانيات المادية غير متوفرة .

رابعاً : وبالنسبة "للهدف من السفر" أجاب ٣٥٪ من عينة الذكور بأنه "السياحة" بينما كان ذلك ٢٠٪ من عينة الإناث . كما أن ٣٢٪ من عينة الذكور تسافر بهدف "العمل" بينما ٣٪ في عينة الإناث .

ويدل ذلك على تباين الأهداف في هذه الحالات مما يؤدي إلى صعوبات في إرضاء الطرف الآخر والاستمتاع معه ، حيث أن كل واحد له أهداف متباينة ومتناقضة مع الطرف الآخر .

كما كان هدف ٦٠٪ من عينة الإناث السفر من أجل "التسوق" بينما ١١٪ فقط من الذكور .

ويدل ذلك على اهتمام النساء بالتسوق بشكل واضح ومايعنيه ذلك من مصاريف إضافية ومتع استهلاكية قد لاتتناسب مع الأزواج . ويؤدي ذلك بالطبع إلى مشكلات إضافية وخلافات وصراعات زوجية . كما يمكن أن يتسبب في إفساد الأوقات الجميلة .

خامساً : وإما بالنسبة للسؤال الأخير وهو : "هل يحقق السفر مع شريك حياتك متعة حقيقة ؟ "

فإن إجابات ٧٠٪ من النساء كانت نعم ، وفي ذلك نوع من الرضا والمتعة . بينما كانت ٤٠٪ من إجابات الذكور بنعم . وهذا الفرق مهم ولاسيما إذا عرفنا أن ١٥٪ من النساء لاتستمتع بالسفر مع زوجها ، بينما ٥٢٪ من الرجال ليس لديهم متعة حقيقية في السفر مع زوجاتهم . وهنا لابد من تفسيرات لهذه الظاهرة الهامة ولابد من طرح السؤال بوضوح . . لماذا لايستمتع ٥٢٪ من الأزواج في السفر مع زوجاتهم ؟

ربما يكون لاختلاف أهداف السفر دور في ذلك فالرجل الذي يهدف إلى القيام بأعمال تجارية أو غيرها لن يسعده أن تهتم زوجته بأنواع التسوق المختلفة وأن تقضي أوقاتاً طويلة في الأسواق والمتاجر .

كما أن المصاريف التي تتطلبها المرأة من أجل التسوق يمكن أن تكون مزعجة ومرهقة لزوجها .

وربما يكون وجود الأطفال مع آبائهم وأمهاتهم دور في الانزعاج من السفر لما يتطلبه الأطفال من رغبات واحتياجات ورعاية خاصة ولاسيما في السفر وعندها تتحول الإجازة إلى مشقة إضافية .

ومن المعلوم أنه عندما يغادر الإنسان وطنه فإن عدداً من القيود والممنوعات والنشاطات والسلوكيات غير المقبولة يجري اختراقها والتحلل منها وتجاوزها . وربما يكون الرجال أكثر تفلتاً من النساء في ذلك . . ويمثل وجود الأسرة والأبناء عائقاً أمام ذلك بشكل عام، مما يشعر الرجال بالانزعاج والقيود ويجعله غير راضٍ أو سعيد بسفره مع زوجته وأولاده .

وأخيراً يمكننا أن نقول بشكل عام أن السفر والسياحة لايزال نشاطاً مشتركاً هاماً للأزواج والزوجات، وهو نشاط يمكن أن يكون مفيداً وممتعاً . . وهناك مشكلات عديدة ترتبط بذلك . . ولابد من مراجعة النفس والحوار مع الشريك الزوجي من أجل تحقيق تفاهم أكبر في مختلف النشاطات والأوقات . ولابد من تعديل القيم والأهداف للوصول إلى مشاركة زوجية عميقة بين الطرفين بما يخدم استقرار الأسرة ونموها وتطورها وسعادتها .

١٢ ملاحظات حول الطلاق

سؤال (١) : من يتأثر أكثر من ناحية العواقب النفسية للانفصال الزوج أم الزوجة ؟

جواب : مما لاشك فيه أن الآثار النفسية السلبية الناتجة عن الطلاق تتحمل المرأة نصيباً أكبر منها . . ويعود ذلك إلى الظروف الاجتماعية الخاصة التي تعيش فيها المرأة . . هذه الظروف غالباً ماتكون ضاغطة من حيث فرص العمل والاستقلالية وتحقيق الذات من جهة ، ومن جهة أخرى وجود النظرات السلبية ونظرات الحذر و "القيل والقال" المرتبطة بالمرأة المطلقة . . مما يسبب لها ضغوطاً شديدة وقلقاً وإحباطات متنوعة .

كما أن الفرص الواقعية للزواج مرة ثانية تقل أحتمالاتها في حال المرأة المطلقة مقارنة مع الرجل .

وهكذا فالطلاق يشكل أزمة خطيرة ضاغطة بالنسبة للمرأة يمكن أن تساهم بظهور اضطرابات نفسية متعددة .

سؤال (٢) : ماهي الاضطرابات النفسية التي تصاب بها المرأة المطلقة وماهي خطوات العلاج ؟

جواب : تتعدد الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تنتج عن الطلاق وأهمها حالات الاكتئاب المتنوعة . وذلك بسبب حالة الفقدان التي يعنيها الطلاق مثل فقدان الزوج أو الأطفال أو

الاستقرار ، إضافة إلى فقدان المكانة الاجتماعية والثقة بالنفس .

كما أن القلق بأنواعه يمكن أن يظهر بعد الطلاق ومن ذلك القلق العام ونوبات الهلع (القلق الحاد) والوساوس القهرية والمخاوف المرضية . إضافة إلى الأعراض الجسمية نفسية المنشأ وغير ذلك . وتزداد اضطرابات التكيف مع وضعيتها الجديدة وتأخذ أشكالاً اكتئابية وقلقاً أو اضطرابات سلوكية أو مزيج من ذلك .

ويؤدي الطلاق باعتباره صدمة حياتية هامة إلى اضطرابات في المزاج والسلوك ويمكن أن يظهر السلوك الانسحابي والعقد المتنوعة من الرجال وأيضاً السلوك المنحرف . إضافة إلى الحساسية العامة وتذكر المعاناة والمواقف الصعبة والكوابيس وغير ذلك . ويمكن أن يكون الطلاق جرحاً عميقاً لايشفى أو يلتئم بسهولة .

ويعتمد العلاج على نوعية الاضطراب وشدته ومدته وهناك العلاج الدوائي والعلاج النفسي . ولابد من العلاج الداعم في معظم الحالات ومساعدة المريضة على التكيف مع ظروفها الجديدة وفتح آفاق متجددة لها في حياتها إضافة لمحاولة تفهمها للطلاق "وهضمها" لهذه الصدمة من الناحية العقلية والانفعالية والعملية .

سؤال (٣): ماهي أغرب الحالات المؤثرة التي نجمت عن الانفصال الزوجي ؟

جواب: هناك كثير من الحالات المؤثرة . . وإحداها أن الزوج تلفظ بالطلاق للمرة الثالثة بعد خصام عابر وأصبح الزوجان مطلقين . . وهما يخافان الله ويلتزمان بالشرع ولكن نية الطلاق النهائي لم تكن موجودة لدى الزوج أو الزوجة وصار كل منهما يستفتي أهل العلم في وضعهما، وأكثر الآراء أكدت وقوع الطلاق . وعاش كلاهما حوالي سنة منفصلين . . ولكنهما طوال الوقت كانا متأثرين ونادمين على ماحدث وكأن الطلاق قد حدث خطأ ودون قصد . واستطاعا بعد مدة أن يحصلا على فتوى تعتبر أن ماحدث لايعتبر طلاقاً وعاد الزوجان إلى حياتهما الزوجية .

ومما لاشك فيه أن عادات التلفظ بالطلاق هي من العادات الشائعة السيئة . ومن الغرائب أنه حتى النساء يحلفن بالطلاق مع جيرانهن في أبسط المواقف في بعض المناطق . . .

وربما تساهم تسهيل الفتاوى بأن الطلاق قد وقع في بعض حالات الطلاق . . ولكن للطلاق أسباب أخرى عديدة .

سؤال (٤): ماهي العوامل والمسببات التي تؤدي للطلاق ؟

جواب: تتعدد أسباب الطلاق وليس من السهل ترتيبها حسب

نسبة الانتشار لعدم وجود الدراسات الكافية في هذا المجال . ومنها :

١- "عدم التوافق بين الزوجين" من حيث الطباع والشخصية والسلوك والذي يؤدي إلى الاختلاف العدائي أو التنافسي ومن ثم الكره والنفور وعدم تحمل الطرف الآخر .

٢- "نقص الخبرة ونقص الحساسية للطرف الآخر وفي التعامل معه" وذلك بسبب الجهل أو تكوين الشخصية أو العقد الخاصة التي يحملها أحد الطرفين أو كلاهما . . وهؤلاء الأشخاص يصعب العيش معهم بسبب العناد أو الأنانية أو الجمود أو عدم النضج .

٣- "مشكلات التفاهم وصعوبته" وعدم إتاحة الوقت الكافي والفرص المناسبة لحل المشكلات الزوجية اليومية مما يساهم في تراكم المشكلات ويبعد الثقة ويزيد في الشك في الطرف الآخر إلى أن تستفحل الحالة ويحدث الطلاق .

٤- "تدخل الآخرين" من أهل الزوج أو الزوجة وبشكل ضاغط وسلبي .

٥- "اختلاط الأدوار والمسؤوليات" ولاسيما في الأسرة الحديثة التي يعمل فيها الطرفان . وهذا نمط حديث نسبياً من الأسر . ولايوجد تقاليد واضحة حول الأدوار والمسؤوليات فيها مما يمكن أن يؤدي إلى المشكلات اليومية وتفاقمها .

٦- "تركيبة العلاقة الخاصة بزواج معين" أي وجود مواصفات للزواج غير اعتيادية كأن يكون للزوج أولاد من إمرأة أخرى أو يكون لها أولاد من زواج آخر . . وغير ذلك . وفي هذه الحالات يكون الزواج أكثر صعوبة بسبب المهمات الإضافية والمسؤوليات وأيضاً الحساسيات السلبية المرتبطة بذلك .

٧- "تكرار الطلاق في أسرة الزوج أو الزوجة" وهذا يمكن أن يؤدي إلى تكرار الطلاق من خلال الجروح والعقد النفسية والمعاناة الخاصة التي عاناها الأبناء والبنات بسبب الانفصال في أسرهم الأصلية . . إضافة لبعض الصفات واتجاهات الشخصية المتعددة الأسباب (ومن ضمنها الوراثية) والتي يمكن أن تساهم في تكرار صعوبة العيش المشترك مع زوج أو زوجة لمدة طويلة مما يؤدي بالتالي إلى الطلاق .

٨- "الخيانة الزوجية" وهي ليست واسعة الانتشار ويزداد الطلاق في حال حدوثها بالنسبة للمرأة . وأما بالنسبة للرجل فإن الآراء تختلف وتكثر التبريرات التي تحاول دعم أستمرار العلاقة والابتعاد عن الطلاق .

٩- "دور العين والسحر وغير ذلك من المغيبات" مما لاشك فيه بأن هذه المغيبات لها دور في حدوث الطلاق ولكننا نجد أن هناك إفراطاً واضحاً في تطبيق هذه المفاهيم وبسرعة ودون تريث أو حكمة أو بحث في الأسباب الحقيقية المؤدية للصعوبات الزوجية . مما يجعل الموضوع أكثر غموضاً وأصعب حلاً .

وبشكل عام فإن أسباب الطلاق متعددة والعوامل العامة التي تؤدي إليه تشمل الأنانية والعناد والهروب من المسؤولية وضعف القدرة على التعامل مع واقعية الحياة وظروفها وضغوطها وصعوبة التعامل مع الجنس الآخر .

ومن الضروري دراسة مشكلات الطلاق والصعوبات الزوجية وبشكل علمي وعملي لمعرفة المزيد عن هذا الموضوع ومحاولة تحسين الحياة الزوجية والحد من مشكلاتها ومن الطلاق . ولابد من مراجعة النفس والتحلي بالصبر والأناة والمرونة لتقبل الطرف الآخر وتصحيح مايمكن تصحيحه أو إصلاحه في العلاقة الزوجية ، وكل ذلك يمكن أن يشكل حلاً عاماً مبدئياً وواقعياً للمشكلات الزوجية ، وأن يكون خطوات وقائية ناجحة من الطلاق .

الفصل الرابع

حول مشكلات الأطفال والمراهقين والتربية

١ - تأخر النمو عند الأطفال والعوامل النفسية .
٢- العام الأول للطفل في المدرسة .
٣- الرسوب في المدرسة وأساليب العقاب .
٤- الأب ولغة الضرب المستمرة .
٥- غياب القدوة في سن المراهقة .
٦- المراهقة والاستقلالية المدمرة .
٧- الرغبات العاطفية عند الجنسين .
٨- "زوج الأم" والأبناء والآثار النفسية .
٩- الطفل المعاق وأهمية الجو الأسري .
١٠- السرقة عند الأطفال .
١١- الطفل الوحيد والتربية .
١٢- أحلام الأطفال وتفسيراتها .



١ تأخر النمو عند الأطفال والعوامل النفسية

يتطلب النمو الجسمي عند الأطفال إضافة للنمو العقلي توفر مجموعة من العوامل التي تساهم بشكل واضح في العمليات الكيميائية الطبيعية ومسيرتها الاعتيادية والتي تؤدي إلى نمو الجسم والعقل البشري .

وعملية النمو تخضع لقوانين بيولوجية وكيميائية ووراثية وهي تمر في عدد من المراحل المتعاقبة والتي تستغرق فواصل زمنية معينة .

وتشترك العوامل النفسية مع العوامل العضوية في مسيرة النمو الطبيعية . . وبالطبع يلعب الغذاء الصحي والمتوازن دوراً هاماً في النمو ، إضافة للنشاط العضلي ، وفترات الراحة والنوم المناسبة . والعوامل النفسية يمكنها أن تؤخر النمو الجسمي للطفل وأيضاً النمو العقلي والنفسي . . وقد وجدت الدراسات أن الأطفال متأخري النمو قد تعرضوا لظروف أسرية صعبة يسود فيها القلق والتوتر والانفصال إضافة للقسوة والحرمانات والعنف والخلافات بين الوالدين . كما أن تأخر الذكاء "الخفيف" له علاقة واضحة بالمعاناة النفسية للطفل وبعدم توفر الأجواء المناسبة الأسرية والبيئية التي تساعد على تنمية المدارك والمهارات اللفظية والعقلية والاجتماعية .

والعوامل النفسية لها مظاهرها الكيميائية المباشرة حيث يحدث مثلاً في حالات القلق المزمن والإحباط ازدياد وتغيرات في عدد من الهرمونات الطبيعية الموجودة في الجسم والتي يمكن لها أن تؤثر بشكل مباشر على عملية نمو الجسم نفسه ومثال ذلك مادة الكورتيزون التي يزداد إفرازها بسبب الصدمات والآلام والشدات العضوية والنفسية والتي تؤخر عملية النمو الجسمي .

والحقيقة أن الحدود الفاصلة بين ماهو مقبول أو غير مقبول من حيث شدة الضغوط والظروف الأسرية والبيئية ومدى تأثيرها على الطفل أمر لايسهل تحديده . . وعادة تجرى الدراسات على الحالات الشديدة والمتطرفة ، وهذا مانجده في حالات إيذاء الأطفال جسمياً أو جنسياً أو نفسياً والذي أصبح موضوعاً عاماً ومؤرقاً في المجتمعات الغربية المتطورة . حيث بينت الدراسات انتشار هذه الحالات بشكل واضح ووضعت القوانين المناسبة للحد من هذه الظاهرة "الأسرية" بشكل أساسي ، مثل عزل الطفل عن بيئته الأسرية التي يتعرض فيها للأذى لمدة معينة ، مع متابعة تعديل السلوك التربوي المرضي الذي يمارسه الأب أو الأم ومراقبة مدى تغير هذا السلوك . . وإلا فإن الطفل يوضع في بيئة تربوية أخرى وبإشراف القانون حيث تكون أسرة الطفل غير صالحة لرعايته وتربيته .

وفي ذلك مايدل على أهمية توفير الجو المناسب للطفل من حيث الرعاية الجسمية والنفسية والمسؤولية الكبيرة الملقاة على عاتق الأسرة والمجتمع لحماية الأبناء وضمان نموهم الطبيعي .

وإذا تحدثنا عن الإيذاء الجسمي مثل الضرب والجرح والتعذيب والحرمان من الطعام وغير ذلك . . فهذا ظاهر للعيان وواضح من حيث أهميته وآثاره السلبية . . وأما الإيذاء النفسي فهو يشمل النبذ والإهمال وعدم التقدير والإحباط المعنوي والمادي . كما يشمل القلق الناتج عن الخلافات الأبوية والتهديد بتفكك الأسرة الذي يتعرض له الطفل من خلال مشاهدته لخلاف الأبوين وقد يأخذالإيذاء النفسي أشكالاً غير واضحة أو مؤكدة مما يضيف أعباءً وصعوبات في التشخيص ، لاسيما أن الأهل يحاولون التبرؤ من مسؤولياتهم والظهور بالمظهر المناسب ولكن الحقيقة غير ذلك .

ومما لاشك فيه أن الطفل كائن حساس وضعيف ولكنه في الوقت نفسه يتمتع بدرجة من المرونة التي تؤهله لتقبل درجات معينة من المعاناة والألم والإحباط . وإذا زدات هذه المعاناة فإنها تخلق جروحاً عميقة في تكوينه وشخصيته وتساهم في ظهور الاضطرابات النفسية والسلوكية إضافة لآثارها على النمو الجسمي والعقلي .

٢ العام الأول للطفل في المدرسة

يعتبر العام الأول للطفل في المدرسة مشكلة هامة يتعرض لها الطفل والأهل والمدرسة . . وتختلف ردود فعل الأطفال وفقاً لشخصياتهم وخبراتهم ووفقاً لظروف المنزل ونوعية المدرسة .

والردود الشائعة تتمثل بالخوف والقلق والانزعاج والذي يأخذ أشكالاً جسمية مثل آلام البطن والإقياء أو الصداع وغير ذلك . وبعض الأطفال يظهرون رد فعل شديد يتمثل "بالصراخ والبكاء والزعيق والتعلق بالأهل وممانعة الذهاب إلى المدرسة بالرفس والعض والهياج" . . وإذا استسلم الأهل لردود الفعل السلبية من الطفل ووافقوا على بقائه في المنزل . . فإن مشكلة الخوف من المدرسة سوف تتثبت وتتطور وتتحول إلى خوف مرضي يعطل الطفل عن الالتحاق بالمدرسة . ومن المفهوم أن يشعر الطفل بالوحشة والغربة والقلق من أجواء المدرسة التي لم يتعود عليها ، ومن الأطفال الغرباء والمدرسين . . وعادة يحتاج الطفل إلى تخفيف قلقه والتشجيع ، إضافة لتفهم المدرسين والمدرسات لمخاوف الطفل وقلقه ومحاولتهم تحبيب المدرسة وأجواءها من خلال الرعاية وحسن الاستقبال وتعريف الطفل تدريجياً بالمدرسة والآخرين . . وبعض المدارس تنظم أسبوعاً تمهيدياً مثيراً وجميلاً يمتلىء بالهدايا والألعاب والتشجيع مما يساعد على تقبل الطفل للمدرسة دون قلق شديد أو خوف معطل .

والحقيقة أن الخوف من المدرسة هو من المشكلات الشائعة عند الأطفال وينتشر أكثر في الأطفال الاعتماديين على الأم وفي حالات اكتئاب الأم .

والعلاج في جوهره يكمن في الإصرار على الذهاب إلى المدرسة مع تخفيف أعراض القلق بواسطة التنفس العميق والهدايا وإشغال الطفل بنشاطات محببة وغير ذلك . . وفي بعض الحالات ربما يحتاج للعلاج الدوائي الذي يخفف القلق والخوف . ومما لاشك فيه أن تخفيف الخوف والقلق مهمة يشترك بها الأهل والمدرسة معاً . . ولابد من الصبر والإصرار ، والذي يمكن أن يستمر أسابيع عديدة . . حيث تخف درجة القلق عند الطفل ويبدأ بالانطلاق من عزلته ووحدته وحذره .

ومما لاشك فيه أن الذهاب إلى المدرسة يمثل مرحلة نمائية هامة في تاريخ الطفل . وهو حدث يستحق التفكير والجهد والتخطيط لضمان تكيف الطفل مع البيئة المدرسية . ولابد من متابعة الطفل والاهتمام به ومعرفة التفاصيل التي يتعرض لها في المدرسة والطريق والبيت ويجب تعديل وإصلاح مايمكن تعديله وإصلاحه لتحويل المدرسة إلى تجربة إيجابية ناجحة وبدرجات من الخوف والقلق المقبول .

٣ الرسوب في المدرسة وأساليب العقاب

يعتبر الرسوب في الاختبارات الدراسية صدمة نفسية شديدة وتختلف ردود الفعل وفقاً لشخصية الطالب وتوقعاته وأيضاً وفقاً لظروفه المحيطة وتصرفات الأهل والأصدقاء ومواقفهم .

ويمكن أن يتعرض الطلبة والطالبات لضغوط إضافية من الأهل والمدرسين بسبب رسوبهم . . مثل الإهانات والتحقير وإطلاق الصفات السلبية عليهم وأيضاً يلجأ الأهل إلى أنواع من الحرمانات والعقاب .

ومن المؤكد أن الأخطاء التي يرتكبها الطلبة في تعاملهم مع المواد الدراسية والاختبارات تؤدي إلى الرسوب . ولابد من تعديل هذه الأخطاء مثل التحضير الكافي للمادة ومراجعتها والتدريب على حل أسئلتها وإعطاء الوقت والجهد المناسب لكل مادة . وأيضاً التدريب على الاختبار وتنظيم فترات النوم والراحة وغير ذلك .

ومن المؤكد أن العقاب الشديد والحرمانات القاسية لاتزيد من فرص التعلم وتغيير السلوك، وهي تزيد في مشاعر الألم والقلق وتضعف الثقة بالنفس وتولد الغضب والتمرد إذا كانت غير مناسبة .

والطالب الراسب يحتاج للدعم النفسي والتشجيع والتفكير السليم من خلال مراجعة الذات وأساليب الدراسة للاستفادة من

الأخطاء بعد تحديدها والتعرف عليها ومعرفة نقاط الضعف وكيفية تعديلها . وهذا بالطبع هو التصرف المنطقي والسليم والإيجابي والذي يمكن أن يؤدي إلى تدارك الضعف وبذل الجهود أكثر والنجاح بعد ذلك .

وأما أساليب التحطيم والإهانات وإطلاق الأوصاف السلبية مثل غبي أو كسول . . أو غيرها فهي تثبت الأنماط السلوكية الموافقة للصفات ، وتسبب جروحاً نفسية وقلقاً واكتئاباً . . ولايمكنها أن تصلح من التقصير .

ومن ناحية أخرى نجد أن بعض الأهل يطالبون أبناءهم وبناتهم بما لايستطيعونه من التحصيل الدراسي أو الدرجات . وهذا الطموح المبالغ فيه له آثاره السلبية النفسية الواضحة . وفي بعض الحالات من التخلف العقلي البسيط يطمح الأهل أن يدخل إبنهم جامعة عالمية رفيعة المستوى . . وعندما يفشل الطالب باستمرار نجد أن المشكلة ليست في طريقة الدراسة أو بذل الجهد وإنما هي في الطموح غير الواقعي .

وأخيراً فإن من الواضح أن التقصير في بذل الجهود الدراسية الكافية هو سبب أكيد للرسوب ولابد للطالب أن يتعلم كيف يدرس وأن تتكون لديه المهارات المناسبة للمذاكرة والحفظ والجلوس مع الكتاب لوقت كاف . . والقدوة الحسنة أسلوب **عظيم للتعلم وتنمية هذه المهاراتً . وأيضاً التشجيع والثواب**

والمكافأة المتوازنة . والعقاب والحرمان "المعقول" يمكن أن يفيد بعد توضيح الخطأ المرتكب وبعد توضيح السلوك المطلوب وبشكل عملي وواقعي .

ولابد من توفر الأجواء الصحية والمناسبة في البيت والمدرسة والمجتمع . وتأكيد قيم الجد والمثابرة والتركيز للوصول إلى درجات ناجحة في التحصيل المدرسي .

٤ الأب ولغة الضرب المستمرة

تتضمن التربية أساليب الثواب والعقاب وأساليب التدريب والقدوة الحسنة وأساليب إيجاد البدائل الإيجابية وتطويرها لتغير السلوكيات غير المرغوب فيها إضافة لأساليب أخرى كثيرة . .

والضرب كأسلوب تربوي فقد كثيراً من مقوماته لأن تطبيقه لايتم بالصورة الصحيحة المفيدة . وأول هذه التطبيقات الخاطئة " الإكثار منه وإعتباره الأسلوب الوحيد " وهذا خطأ جسيم . وتدل الدراسات على أن الإكثار من الضرب هو نوع من الإيذاء الجسدي والنفسي الذي يعاقب عليه القانون في الدول الغربية باعتباره عملاً غير شرعي ويؤدي إلى الأذى على المدى القريب وعلى المدى البعيد . حيث يمكن أن ينتج عنه جروح وكسور وعاهات وأحياناً الموت . . من الناحية الجسدية . ومن الناحية المعنوية يؤدي إلى عقد النقص والحرمان والنبذ ويعطل التطور الطبيعي لنفسية الإنسان من حيث الشعور بالثقة والأمان ومن حيث الثقة بالنفس وإحترام الذات . وكل ذلك يمكن أن يؤدي إلى السلوك العدواني واضطراب الشخصية والاكتئاب وأيضاً إلى الجريمة والإدمانات .

وثانياً " سوء توقيت الضرب " وعدم ارتباطه بالسلوك غير المرغوب فيه مباشرة . كأن يفعل الطفل أمراًما وفي المساء أو بعد ذلك يقوم الأب بتأديب الولد .

وثالثاً "كيفية تطبيق هذا الأسلوب" ويعني ذلك عدم توضيح وشرح الأسباب الواضحة التي أدت إلى العقاب مما يجعل المتلقي عاجزاً عن الفهم الواضح لسبب العقاب الذي تلقاه مما يولد في نفسيته الحقد والكراهية والنفور من السلطة الأبوية .

ورابعاً "الخلفيات المرتبطة بأسلوب الضرب" وأهمها أن المربى يصب "جام غضبه" على الولد فهو ينفس عن نفسه وينفعل لنفسه وليس للتقويم والتربية . مما يؤدي إلى انفلات كمية الضرب والأذى ولايستطيع المربي أن يكون ضابطاً لنفسه وحذراً في تنفيذ العقوبات مما يؤدي إلى آثار ضارة كثيرة .

ولابد من التأكيد على أهمية الأساليب التربوية الأخرى غير الضرب والعقاب البدني وعلى أهمية الحوار العاقل والمنطقي وبيان المقدمات والنتائج المترتبة على سلوك معين وأن العقاب هو نتيجة لسلوك معين بعد توضيحه وشرحه بشكل كاف . ولابد أن يعرف المربي أنه يؤدي أمانة وأنه يحتاج للأسلوب الصّحيح الفعال . وأن التربية ليست إرضاء فورياً لا نفعالات الغضب وتنفيساً عنها ولابد من "إعمال العقل قبل اليد" . وهذا مايمثل قيمة الإنسان ويميزه عن بقية المخلوقات التي تكون ردود فعلها فورية وجسدية . . بينما يمكن للإنسان أن يفكر ويحسب النتائج ويقدر الأمور بقدرها ثم يتصرف .

٥ غياب القدوة في سن المراهقة

يتميز النمو النفسي للإنسان بأنه عملية تركيب وتحليل متطورة باستمرار ، وهي تتضمن تراكماً كمياً للمعلومات الذي مايلبث أن يتحول إلى تغير نوعي . . وينطبق ذلك على اكتساب مجموعة من المهارات والقدرات العقلية والحسية والجسمية والأخلاقية إضافة للمهارات السلوكية والاجتماعية وصفات الشخصية .

ويكتسب الفرد المعلومات من خلال "الخبرة الحياتية المباشرة" خلال السنوات الأولى لنموه ويستمر ذلك وقتاً طويلاً غير أن الخبرات "غير المباشرة" والتي تتضمن الصور الذهنية والقصص المكتوبة أو المسموعة من خلال القراءة أو مشاهدة الأفلام وغير ذلك من وسائل ، إضافة إلى الخيال الذاتي الابتكاري ، تلعب أدواراً هامة في تكوين الشخصية ولاسيما في مراحل النمو التي تلي مرحلة الطفولة المبكرة .

والحقيقة أن مرحلة المراهقة تتميز بالقلق وعدم الاستقرار والمعاناة الذاتية . وتبرز خلالها محاولات متعددة لإثبات الشخصية وقدراتها وتأكيد الهوية الفردية والصفات الخاصة التي يمتلكها الفرد أو التي يتمنى أن يمتلكها .

ومما لاشك فيه أن "القدوة الحسنة" والتعلم من خلال النموذج أو المثال العملي هي من أساسيات علم التربية الذي يطمح

إلى تنشئة الأجيال تنشئة صالحة ويحاول أن يساهم في تعديل السلوك والشخصية بما يتناسب مع قيم المجتمع وظروفه وتوجهاته

وبالطبع فإن لكل مجتمع "أبطاله وأحلامه" وتتنوع الشخصيات المثالية فيه وتأخذ أدواراً أو أشكالاً متباينة وفقاً لأوضاع المجتمع وتنوعه وتغيراته .

ويتميز المجتمع الحديث بتعقيده وتنوعه وتعدد رموزه التي تمثله مقارنة مع المجتمعات البسيطة والبدائية أو المجتمعات الأقل تطوراً .

وفي مجتمعاتنا تبرز تناقضات عديدة وتغيرات في تركيبة المجتمع والأسرة والثقافة وهذا مايؤدي إلى تغير الأدوار أو تعديلها مما يطرح باستمرار أهمية مراجعة النماذج السائدة وتفهمها ورسم ملامحها بشكل إيجابي ومثمر من قبل كل الأطراف المؤثرة .

وتعكس هذه التغيرات الاجتماعية فيما تعكسه قلقاً واضطراباً في مفاهيم القدوة وأشكالها ، ويجد الأب مثلاً أو المدرس أن الحياة قد تغيرت وأنه لايريد لإبنه أن يسير مسيرته الخاصة على صعيد المهنة مثلاً كما كان شائعاً في السابق حيث يرث الإبن مهنة أبيه . . كما أن قلق المستقبل وعدم الاستقرار يجعل المربي غير واثق بنفسه وتوجيهاته لأبنائه في المجال المهني والحياتي .

أما على الصعيد الأخلاقي والفكري فربما لايتأثر ذلك بالظروف الحالية حيث يعيد المربي التوجيهات التي تربى عليها بثقة كبيرة . وربما يساهم ذلك بتوسيع الهوة بين الأجيال وبروز الصراع بينها والذي يأخذ أشكالاً متطرفة في عدد من الحالات .

كما يلعب "غياب الأب" عن المنزل والأبناء بسبب العمل أو السفر أو الترفيه أو غير ذلك دوراً خطيراً في تدهور مفهوم القدوة الحسنة عند الجيل الجديد . . كما أن كثيراً من الآباء يبقى بعيداً ومبتعداً عن أبنائه وعن الاقتراب من مشكلاتهم وأحوالهم، حتى لو كان قريباً في المكان . وهذا يوسع الهوة بينهم ويضعف إمكانية التأثير والإقتداء بشخصياتهم .

ويبدو أن وسائل الإعلام المختلفة تساهم بدور واضح في التأكيد على نماذج خاصة من الأبطال القدوة كالفنانين والفنانات والرياضيين وأبطال السباق وغيرهم سواء في الإطار المحلي أو العالمي ، مما ينعكس بشكل واضح على شخصيات المراهقين و أحلامهم وقلقهم وسلوكهم وتهورهم .

وفي الجانب الآخر نجد أن بعض المراهقين يمكن له أن ينجذب إلى شخصيات متطرفة وحادة يحاول أن يتمثل بها ويقلدها محاولاً إثبات ذاته بطريقة لاتتناسب مع المجتمع وقيمه وعاداته ، وقد يصبح ذلك سلوكاً مزمناً أو يكون مؤقتاً وعابراً يعود بعده إلى التوازن والنضج والرشد .

ولابد من ضرورة التأكيد بشكل عام على القيم الصالحة والبناءة والإيجابية والتي تتناسب مع العصر ومتطلباته . . ولابد من التأكيد على البطل الفعال الناضج والمتوازن والمنتج الذي يسعى بثبات إلى أهدافه في مختلف المجالات ويحترم العمل الدؤوب ويكافح من أجل خير أمته ووطنه ونفسه بعيداً عن النجومية والأنانية والكسب الرخيص والقيم الزائفة البراقة .

٦ المراهقة والاستقلالية المدمرة

يبدو أن الاتجاهات الذاتية والاعتماد على النفس من الصفات المميزة لمرحلة المراهقة الطبيعية. حيث يجد المراهق أو المراهقة أنه أصبح كبيراً وأنه يفكر ويعرف وأنه يستطيع أن يتصرف وأنه (لم يبق طفلاً) . . وهذا بالطبع تطور طبيعي وإيجابي ويجب الاهتمام به وتشجيعه ضمن حدود واقعية مقبولة .

ويمكن لهذه الاتجاهات الذاتية الاستقلالية أن تأخذ أشكالاً متطرفة وتمردية وغريبة وقد يكون ذلك مؤقتاً وعابراً وقد يصبح مزمناً ومزعجاً ومعطلاً .

ومن المهم أن نترك "مسافة" للمراهق أو المراهقة يستطيع من خلالها أن يبلور أفكاره وانفعالاته وأساليبه الخاصة به في مختلف المواضيع والاهتمامات . . ولايسهل تحديد هذه "المسافة أو المساحة" التي يمكن أن يتحرك فيها . . والمهم أن تبقى درجة من الحوار المتصل الذي لاينقطع مما يضمن التعرف على مايجري والتوجيه المناسب ولو من بعد .

أما انقطاع الجسور والاتصالات مع عالم المراهقة فهو يعني انعزالاً وفشلاً في الامتداد والتفاهم يجب أن لايطول . . لأن ذلك يشجع على استفحال كثير من الأفكار والأساليب والسلوكيات التي قد تكون ضارة ومرضية .

ويمكن أن يأخذ الاتصال مع عالم المراهقة أشكالاً متنوعة ويمكن أن يمارس ذلك الأهل أو الأقرباء أو المدرسين أو غيرهم من الاختصاصين . . المهم أن لايترك المراهق وحيداً في عالمه المضطرب وانفعالاته الحادة وتقلباته واندفاعاته . . مما يساعده على الاستفادة من تجارب الكبار ونصائحهم ويخفف من العزلة وصراع الأجيال . . ويضمن حداً أدنى من التفاهم والتعاون والتوجيه .

٧ الرغبات العاطفية عند الجنسين

مما لاشك فيه أن العواطف هي جزء من تكوين الإنسان وتركيبته الفريدة . . والإنسان ليس عقلاً مجرداً كما أنه ليس جسداً فقط . والحاجات العاطفية لدى الإنسان تحتاج للإشباع والتحقق . . والحرمانات العاطفية تولد جروحاً وآلاماً وأمراضاً جسدية ونفسية عديدة .

وتختلف الحاجات الإنسانية في شدتها أو أشكال التعبير عنها وكيفية ضبطها وفقاً للظروف الاجتماعية والثقافية وأيضاً وفقاً لتركيبة الفرد نفسه والمرحلة الحياتية الزمنية التي يمر بها .

ونجد مثلاً أن الطفل الرضيع لديه حاجات جسدية واضحة وغالبة من حيث الطعام والشراب والنوم والنظافة . . إضافة للحاجات المعنوية والعاطفية بأن يكون محبوباً ومحاطاً بالدفء والرعاية . . بينما لاتنمو حاجاته العقلية إلا في مرحلة عمرية أكبر . وفي مرحلة المراهقة والنضوج الجنسي تبرز الحاجات العاطفية المتوجهة نحو الجنس الآخر بشكل واضح ، كما تبرز أيضاً الحاجات العقلية والفكرية والفلسفية والأسئلة الهامة حول الفرد والمجتمع والحياة . كما أن الاهتمام بالجسد وصحته وجماله وتكوينه يصبح أكثر وضوحاً .

ولابد من التأكيد على ضرورة تكامل الإنسان وتوازنه من حيث التعامل مع رغباته وإشباعها ولايمكن للإنسان أن يعيش

منعزلاً عن الآخرين فالثقافة والقيم والعادات والدين كل ذلك يلعب دوراً أساسياً في تكوين الإنسان وفي تشكيل آليات الضبط والتوجيه عنده كي يستطيع بالتالي أن يتعامل مع نفسه ومع الآخرين بشكل ناجح ومتوافق قدر الإمكان .

والرغبات العاطفية لابد من توجيهها والسيطرة عليها وبالطبع لايمكن التخلص منها أو تجميدها أو إلغاؤها . . والتسامي والضبط والتأجيل من الآليات الدفاعية الطبيعية والإيجابية التي يمكن لها أن تكون ناجحة وصحية ومفيدة تربوياً وأخلاقياً .

والحقيقة أن مصطلحات الحب وكلماته عديدة وواسعة الانتشار وربما يكون لها مدلولات مختلفة . . ويرفع العشاق قيمة الحب إلى منازل خاصة خيالية . . ونجد أشكالاً غريبة من الحب قد تصل إلى درجة الجنون والشذوذ والوسواس مما يعكس عدم التوازن وانفلات العواطف دون ضوابط وبشكل مرضي .

والوصول إلى مرحلة النضج العاطفي ليس ميسراً أوسهلاً وربما يمر المرء بتجارب متعددة وإحباطات وآلام كثيرة قبل أن يتعلم كيفية التعامل مع عواطفه بشكل ناجح وواقعي ومفيد . ولابد من المشورة والعون من الآباء والأمهات والمربين وغيرهم من الاختصاصين للمساعدة في القضايا العاطفية وتشجيع الضبط والتوازن والسلوك الصحيح .

٨ زوج الأم والأبناء والآثار النفسية

مما لاشك فيه أن الأسرة الاعتيادية هي المناخ الطبيعي والصحي لرعاية الأبناء والبنات وتربيتهم ونموهم السليم .

وفي بعض الحالات غير الاعتيادية في تركيبة الأسرة مثل وجود زوج للأم فإنه من المتوقع ظهور عدد من المشكلات التربوية والنفسية مالم يجر الانتباه إلى الطبيعة الخاصة لهذه الأسرة وتعديل السلوكيات والتصرفات التي تساهم في ابتعاد الأبناء عن "زوج الأم" وتساهم في ظهور وتثبت المشاعر السلبية تجاهه .

حيث أن الطفل الذي فقد أباه تتكون لديه حساسية خاصة تجاه الحرمان والنبذ والقبول وهو يفسر تصرفات الأب البديل (زوج الأم) وكلماته وإشاراته بشكل سلبي وغير واقعي ليؤكد على مثالية أبيه المفقود وانتمائه له ولو بشكل خيالي .

وهذا ما يتطلب من الأب البديل بذل كل الجهود لتكوين صورة إيجابية عن نفسه في عقول أبناء وبنات زوجته .

وكثير من الكبار بما فيهم "زوج الأم" والأم أيضاً يطالبون الأطفال بأن يكونوا ناضجين ومسؤلين وأن يفكروا مثل الكبار بما لايتناسب مع سنهم وطفولتهم . . ومن الطبيعي جداً أن ينظر الأطفال إلى زوج أمهم نظرة سلبية عدائية فهو بديل الأب وأيضاً فهو منافس جديد لهم بالنسبة للأم وبعضهم يضخم بعض الأخطاء

العفوية وغير المقصودة من زوج الأم ليحوله إلى شيطان متوحش. وبعضهم يختلق القصص والأحداث ليثبت تلك النظرة السلبية دون أساس واقعي.

وبالطبع فإن الأطفال يختلفون في تصوراتهم وتصرفاتهم وأفكارهم وفقاً للعمر والجنس والظروف الخاصة بكل أسرة وأيضاً وفقاً لشخصية زوج الأم وتصرفاته.

ولابد من التأكيد على أن إقامة علاقة سليمة وإيجابية مع زوج الأم ليس بالأمر المستحيل ويحتاج ذلك إلى الصبر والتفهم والحساسية من قبل الزوج وأيضاً من قبل الأم التي يمكن لها أن تلعب دوراً مهماً وإيجابياً في ترسيخ الصورة الطيبة والحسنة للزوج في عقول الأبناء والبنات، وذلك من خلال الحوار والممارسة العملية واللقاءات المشتركة.. وقد يأخذ ذلك فترة زمنية قد تطول أحياناً. ولكن تبقى القاعدة العامة الصحية وهي الإصرار على الواقع الجديد وهي أن رجلاً آخر غير الأب قد أصبح زوجاً للأم وأن له حقوقه وواجباته وأنه بشر يخطىء ويصيب ولكن الجانب الإيجابي والخير فيه أكبر من جوانبه السيئة (إذا كان فعلاً كذلك).

وبالنسبة لزوج الأم فإنه من المفهوم أن لايعامل أبناء زوجته وبناتها مثل معاملة الأب، ولو أنه من المطلوب منه ذلك قدر الإمكان. وتدل التجربة العملية على أن بعض الأزواج يحاول جهده في التقرب من الأبناء ولكنه يفقد صبره وأعصابه بعد

حدوث عدة إحباطات بسبب تصرفات الأبناء وغضبهم . وبعد ذلك يتصرف البعض بشكل قاس وسيىء وكأنه ينفس عن غضبه وإحباطاته وربما تتطور الأمور إلى تمثله لشخصية عنيفة وشريرة لاترحم ولاتحنو مما يثبت الصورة السلبية لدى الأبناء ويساهم بتعميق مشكلات الأسرة وتدهور علاقاتها .

ولابد من التأكيد على أن الأسرة "الاعتيادية" لها مشكلاتها الكثيرة والمتنوعة مما يتطلب تحمل الأب والأم لمسؤولياتهم وتفهمهم وجهودهم للحفاظ على العلاقات الطيبة والحميمة والإيجابية بين أفرادها . ولابد من تقديم العون والمشورة من قبل الأهل والأقرباء والاختصاصين بما يساعد على ذلك .

وأما في حالات الأسرة "غير الاعتيادية" فمن الأولى تكثيف الجهود والمحاولات الواعية لتحقيق الحد الأدنى المقبول والصحي والملائم لاستمرار الحياة الأسرية وتوفير الجو المناسب للأبناء وللجميع .

٩ الطفل المعاق وأهمية الجو الأسري

مما لاشك فيه أن الطفل المعاق يمثل مشكلة حياتية كبيرة للأهل . . بدءاً من ظهور الإعاقة و "صدمتها" ومروراً برعاية الطفل المعاق وتأمين متطلباته العديدة واعتماديته الزائدة على من حوله ، وإنتهاءً بمسؤوليات مواجهة الأسئلة المتعلقة بمستقبله وامكانياته وكيفية تطويرها وتقديم العلاج لما يمكن علاجه من نقص في القدرات والامكانيات .

وهذه الأعباء ينجح في تحملها كثير من الآباء والأمهات ولكن البعض يفشل في تحمل مسؤولياته ويصاب بالإحباط واليأس . . ومنهم من ينبذ الطفل المعاق ويحاول إبعاده عن البيئة المنزلية وبقية الأخوة والأهل .

والحقيقة البسيطة الواضحة هي أن الطفل المعاق "لاذنب له" وهو كائن ضعيف وله احتياجاته الطبيعية من الحب والحنان والرعاية مثل كل الأطفال . . ومن المفهوم أنه طفل صعب وأن هناك عدد من المتطلبات لابد من تلبيتها . . ومن هنا تبرز أهمية العون الذي يحتاجه مثل هذه الأسر من الناحية النفسية ومن النواحي العملية والإرشادية والاجتماعية .

وهذا ما يطرح أهمية وجود المؤسسات الخاصة الاجتماعية والتربوية والطبية والتي تساهم بدور فعال في رعاية "الإعاقات

والمعوقين" وتأمين الحد الأدنى الضروري لممارستهم حياتهم بشكل أفضل .

والنظرة الحديثة "للإعاقة" تؤكد على ضرورة إشراك كامل المجتمع في مشكلات الإعاقة وضرورة "تطبيع" العلاقة بين المعوق والآخرين ابتداءً من الأخوة والأهل والأقارب وإنتهاءً بالمجتمع الكبير . .

والحقيقة أن الطفل المعوق لديه مايكفيه من "عقد النقص والذنب" من خلال نقص قدراته الجسمية أو تشوهها . ولابد من التخفيف من هذه المعاناة التي يحملها ولفترات طويلة . . وعندما يكون إهمال الأهل عابراً أو مؤقتاً فإن آثار ذلك ليست خطيرة بشكل عام . . ولابد من بحث حالات الإهمال الأسري بالتفصيل ومعرفة أسبابها وكيفية التعامل مع ذلك وتغيير مايمكن تغييره أو البحث عن بدائل للرعاية الأسرية الفاشلة بما يضمن الرعاية الضرورية الصالحة .

١٠ السرقة عند الأطفال

عندما يأخذ الطفل أشياء لايحق له أن يأخذها فإنه يعبر بذلك عن حاجات داخلية عميقة تحتاج إلى الإرضاء والإشباع . . وأهمها الحاجة للحب والتقدير . ويتعلم الطفل من خلال البيئة التي تحيط به أن الحصول على الأشياء والممتلكات الخاصة به شيء هام ويعني التقدير والأهمية . وكلما فقد الطفل في داخله الثقة بالنفس والتقدير كلما شعر بالحاجة الملحة لتعويض مشاعر النقص والألم من خلال امتلاك الأشياء والاحتفاظ بها . والنقد الشديد والعقوبات غير المتوازنة والقسوة والحرمان العاطفي كلها عوامل تساهم في تأكيد النقص والرفض الذي يحمله الطفل في داخله .

ويساهم القلق الذي يعيشه الطفل في بيئة غير متوازنة في ازدياد المشاعر السلبية وعدم الأمان مما يدفعه لتخفيف هذه المشاعر من خلال المطمئنات والأشياء التي تحقق اللذة والمتعة ومنها الحصول على الألعاب والنقود والممتلكات وغيرها من الأشياء .

والطفل الصغير لايعرف حدود نفسه وحدود الخطأ والصواب فيما يتعلق بملكية الغير وما يحق له أن يأخذه وما لايحق له إلا إذا وصل إلى سن مناسبة من الناحية العقلية . . ولذلك نجد أن الأطفال ذوي الذكاء المنخفض قد يتهمون بالسرقة ولكنهم لايعرفون خطأ ذلك .

وفي حالات تكرار السرقة عند الأطفال لابد من التأكد من الأحداث وكيفية وقوعها منعاً للالتباس ولاسيما في حالة عدم تمييز الطفل بأن مايقوم به هو أمر غير مقبول .

وتختلف الأسباب التي يمكن أن ينشأ عنها سلوك السرقة ومنها عدم استقرار البيئة المنزلية مثل غياب الأب المتكرر والخلافات الزوجية الحادة وعدم قبول الطفل ورعايته بشكل كاف نتيجة لسلوك الأم أو الأب غير المناسب . وأيضاً توجيه الاهتمام بعيداً عن الطفل لأخ أو أخت غيره في حال ولادة أخ أصغر أو مرض مزمن عند الأخ مما يدفع بالاهتمام بعيداً عن الطفل ، ويزيد في مشاعر الغيرة والغضب والتنافس والإحباط عند الطفل نفسه .

وفي حالات أخرى نجد أن الطفل لم يحصل على التعليم الكافي والمتكرر بأن سلوكه الخاطىء ممنوع وغير مرغوب .

وكثير من حالات السرقة تكون عابرة مؤقتة ولاتدل على اضطراب خطير . . وفي بعض الحالات تعبر السرقة عن اضطراب عميق في الشخصية قد يترافق مع سلوكيات أخرى عدوانية وجانحة ومضادة للمجتمع .

وعندما يسرق الطفل من أبيه أو أمه أو إخوته أو غيرهم من الأهل والجيران والأصدقاء فإنه يعبر عن مشاعر غاضبة وإحباط وهو يخفف من غضبه بأن يتلذذ بإزعاج الآخرين وإرباكهم في

البحث عن الأشياء المفقودة. ويعطيه ذلك شعوراً بالراحة والقوة والذكاء إضافة للذة الناتجة عن الحصول على الأشياء المسروقة .

ولابد من الاحاطة بالتفاصيل المتعلقة بكل حالة على حدة. . ولابد من تعويض مشاعر الحرمان والنقص وعدم الأمان. ومن جهة أخرى لابد من توضيح السلوك الخاطىء وهو أخذ أشياء لايحق له أن يأخذها مع تأكيد العقاب المناسب والثابت .

ومن الضروري تأكيد ذات الطفل ومهاراته في أمور إيجابية ممتعة يجد فيها الطفل نفسه كبدائل عن السلوكيات الشاذة مثل الرياضة والهوايات الأخرى إضافة إلى التشجيع والرعاية الكافية المعنوية والجسدية .

وفي الحالات الشديدة لابد من إعادة التربية والتعليم والسير ضمن برنامج نفسي محدد تأهيلي وإصلاحي يتميز بالضبط والنظام والثواب على السلوك الإيجابي والعقاب المناسب في حالات الشذوذ .

١١ الطفل الوحيد والتربية

من المعـروف أن الطفـل الوحيـد في الأسـرة لايمثـل ظاهـرة واسعة الانتشار في مجتمعاتنا . . ولكن من المهم الاهتمام بهذه الظاهرة حين وجودها وتسليط الضوء على المشكلات التربوية التي يتعرض لها هذا الطفل الوحيد .

وفي البداية لابد من التأكيد على أن حالات الطفل الوحيد تترافق مع مشكلات واضحة في الأسرة التي ينتمي إليها . مثل فقدان الأب أو الطلاق أو انفصال أحد الأبوين حيث يعيش الطفل مع أحد والديه أو الجدة أو العمة أو غير ذلك . ومشكلات هذه الأسرة متعددة عادة وكل ذلك ينعكس على تربية الطفل وعلى الأساليب التربوية التي يلجأ لها الأهل كتعويض عن الحرمان من الأم أو الأب والتي يمكن أن تكون غير ناجحة بل مرضية .

وفي حالات الطفل الوحيد الأخرى يمكن لإصابة الأم أو الأب بمرض يمنع الإنجاب لطفل آخر أن يؤدي إلى الاهتمام الزائد بالطفل وتدليله والإفراط في الخوف عليه وكل ذلك يسبب اضطرابات تربوية وسلوكية له .

كما أن بعض الأزواج بعد إنجابهم للطفل الأول يقررون عدم إنجاب المزيد من الأطفال بسبب خلافاتهم الشخصية الزوجية مما يجعل علاقة الزوجين على حافة الطلاق كل الوقت وينعكس ذلك سلبياً على الطفل ومشاعره واطمئنانه وسلوكه فيما بعد .

وبالطبع هناك أسر اعتيادية لديها طفل وحيد ولاتشكو من مشكلات كبيرة في تركيبتها . .

ومن المعروف أن " الدلال المفرط " يسبب ضعفاً في الشخصية، وصعوبات في مواجهة الأزمات والمشكلات والمصاعب فالطفل لم يتعود على الإحباط وكل رغباته ونزواته تخضع للإشباع والتنفيذ . . وهو لايستطيع تحمل الإحباط والانتظار . . وبالطبع فإن طلباته ورغباته تزداد وتتنوع مع التقدم في العمر ويمكن أن يصل إلى مرحلة لايمكن فيها إرضاؤه مما يجعله فريسة للقلق والاكتئاب . وأيضاً يمكن له أن ينحرف عن المعايير المقبولة الخلقية والاجتماعية لتحقيق رغباته وطموحاته بأي شكل .

والطفل المدلل الذي يُكال له المديح والثناء دون حساب لايعرف الجد والاجتهاد . ويبقى الخير والشر والصح والخطأ مختلطاً في ذهنه لأنه تعود على المكافأة في كل الأحوال . . وفيما بعد يصبح شخصية نرجسية أو تزداد الصفات النرجسية لديه مما يجعله صعب التعامل مع الآخرين وهو لايهتم بهم إلا بمقدار مايحققونه له من منافع وهو بالتالي يفتقد للقدرة على الإحساس بالغير ومشاعرهم ويمكن له أن يجرحهم ويسيء إليهم دون تقدير . . كما أن قدرته على العطاء والغيرية والإيثار تكون محدودة جداً . وهذا مايوقعه في مشكلات مع أصدقائه وفي الحياة الزوجية

وأيضاً في الحياة المهنية والعملية ، حيث يتطلب كل ذلك قدراً معقولاً ومتوازناً من الأخذ والعطاء والتبادل ومن وضوح الحقوق والواجبات .

ولابد من تفهم أن الطفل الوحيد يحتاج لتفهم ووعي في التعامل معه وفي تربيته تربية متوازنة . ومن الضروري إشراكه في الحياة الاجتماعية للأطفال الآخرين والعاديين كي يتعلم منهم خبرات الأخذ والعطاء والممنوع والمسموح . . ولابد له أن يعرف أنه ليس "سيد البيت الأوحد" وأن هناك حدوداً لطلباته ورغباته . . كل ذلك يؤهله لأن يعيش حياة طبيعية مثمرة وسعيدة . ولابد للأهل من تفهم مشكلاتهم وعدم تحويلها إلى الطفل . وذلك من خلال توسيع اهتماماتهم وهواياتهم خارج المنزل وداخله وفي المجتمع . وأيضاً لابد لهم من ضبط النفس وعدم الانسياق وراء إرضاء رغبات الطفل الوحيد بأي شكل وكل الوقت مما يعود بالفائدة على الطفل نفسه وعليهم أيضاً . . وأخيراً "فإن الوقاية خير من كل العلاجات" .

١٢ أحلام الأطفال وتفسيراتها *

طفل ذكر وعمره ست سنوات، استيقظ من النوم بعد الغداء بعد حلم مزعج وحركات وكلام أثناء النوم . وعندما استيقظ قال لأمه "أريد أن أذهب إلى الجنة لأن فيها كل شيء" . . وكرر ذلك وأنه يريد الجنة . . وقد انزعجت الأم من هذا الكلام . . ومن تفسيراتها هي أن الأطفال قد "كشف عنهم الحجاب" وأنهم "قد يعرفون الأشياء قبل حدوثها" وأن هذا الكلام يعني أن الطفل "سوف يموت ويذهب إلى الجنة قريباً" .

وجاءت الأم بإبنها إلى الطبيب النفسي خائفة مما حدث ورغبت في أستشارة نفسية حول هذا الموضوع .

وتبين من الفحص النفسي والمعلومات المتوفرة عن الطفل وأسرته أنه طبيعي تماماً في مختلف جوانب حياته ونموه . . وتبين أنه قد بدأ منذ أسابيع في السنة الأولى الابتدائية وهو يحب المدرسة والأطفال الآخرين والمدرسين ويقوم بواجباته المدرسية بشكل متفوق . وفي دروس القرآن حفظ عدة سور وآيات وفيها ذكر الجنة ونعيمها . وتبين أيضاً أن له أخاً يكبره بسنتين وأنه ينافس أخيه الأكبر في إتقان الرسم وفي الألعاب المختلفة وبشكل اعتيادي ومقبول . وفي نفس اليوم الذي حدث فيه الحلم" وقال بأنه يريد من الله أن يأخذه إلى الجنة "كان الأب قد اشترى للأخين سكيناً

* قصة واقعية مأخوذة بتصرف من العيادة النفسية .

صغيرة لتقشير الفواكه ليعلمهم تقشير التفاح بأنفسهم . . وقد تعلم الأخ الأكبر ذلك بسرعة واستطاع تقشير جزء من التفاحة دون صعوبة . أما الأخ الأصغر صاحب الحلم فقد وجد صعوبة في ذلك ولم ينجح في أداء هذه المهمة الصعبة . . وأبدى قليلاً من الانزعاج وحاول الالتفات إلى أمور أخرى غير التقشير وبعدها نام وحلم بالجنة . وعندما طلب الطبيب النفسي من الطفل أن يحدثه عن الحلم وماذا يعني الذهاب إلى الجنة . . أوضح الطفل ببراءة وعفوية أنه في الجنة يستطيع أن يطلب أي شيء ويحصل عليه دون تعب أو انزعاج . . وسأله الطبيب ما الذي تريد أن تطلبه مثلاً . . قال " فواكه مقشرة " . . وعندها تبسمت الأم واندهشت مما يجري وانتهت المقابلة بالاطمئنان والراحة دون الحاجة إلى جلسات أخرى . وبالطبع فإن التفسير العلمي لما حدث للطفل أنه شعر بالإحباط والقلق والغيظ من عدم قدرته على استعمال سكين الفواكه في التقشير وانزعج أيضاً من تفوق أخيه . وكان الحلم المرتبط بالجنة والكلمات التي قالها لأمه تعويضاً وتعبيراً واضحاً وبسيطاً عن ذلك .

ومما لاشك فيه أن تسرع الأم وقلقها حول عبارات الطفل وتفسيراتها السلبية الخطرة والتي لا أساس علمي لها كان السبب وراء التعرف على مايجري في داخل الطفل وعقله وأحلامه وكلامه . . وهكذا معظم الأطفال وأحلامهم . "ورب ضارة نافعة " أي أن قلق الأم أدى إلى التعرف على أشياء مفيدة . .

الفصل الخامس

موضوعات اجتماعية ثقافية نفسية

١ – الصيام من النواحي النفسية .

٢ – الغضب والانفعال والصيام .

٣– التكنولوجيا والآثار النفسية السلبية .

٤ – العمل والمرأة والصحة النفسية .

٥ – الإجازة من النواحي النفسية .

٦ – الأداء الرياضي في حالات ظلم هيئة التحكيم .

٧– المقهى الحديث "كوفي شوب" والنواحي النفسية والاجتماعية .

٨– تحديد النسل . . ملاحظات .

٩– هل للرجل مسؤوليات منزلية ؟



١ الصيام من النواحي النفسية

مما لاشك فيه أن الامتناع عن الطعام والشراب والجنس نهاراً كاملاً (حوالي ١٢ ساعة بالمتوسط) ولمدة شهر كامل ليس أمراً هيناً أو سهلاً . .

وهو يحتاج إلى تحمل جسمي ونفسي وروحي وحد أدنى من الصحة الجسمية .

ولايستطيع الطفل الصغير أن يمنع نفسه عن الطعام والشراب ، لأنه يحس بالرغبات الطبيعية وضرورة إشباعها فوراً أو بعد قليل . أما أن يمسك نفسه ساعات فهو عمل شاق وحرمان لايقدر عليه إلا إذا تدرب على ذلك بجد واجتهاد .

وأما بالنسبة للكبير فإن تحمل الجوع والعطش والتعب يمثل اختباراً للقوة والصبر وضبط النفس . وهو يمثل نوعاً من الحرمان الذي يزيد من مشاعر القلق والغضب والتوتر . . ومن الناحية العضوية يؤدي الجوع إلى نقص السكر في الدم مما يزيد في الاستثارة العصبية ونقص التركيز وسرعة الانفعال .

كما أن تغيير النظام اليومي من حيث مواعيد النوم واليقظة وساعات العمل والنشاطات المختلفة إضافة إلى الامتناع عن القهوة والشاي وتغير عادات الجهاز الهضمي في الطعام والإفراغ كل ذلك يؤدي إلى درجات من الاضطراب والتوتر .

إضافة إلى الضغوط النفسية الناتجة عن تغيير العادات اليومية الخاصة والتحضيرات المرهقة للقيام بالواجبات الاجتماعية والفردية مثل إعداد الموائد والولائم والسهرات وتزيين المنزل بالمفروشات وغيرها من العادات الشائعة في بلادنا . .

ونجد حولنا أن عدداً من الأشخاص تزداد عصبيتهم ويصعب التعامل معهم خلال شهر رمضان المبارك . كما أن بعضهم الآخر يصبح أكثر غضباً وعدوانية وهياجاً في عدد من المواقف والمجالات ، وفي قيادة السيارات مثلاً حيث ينطلق البعض بشكل إجرامي وخطر ولايفسح لغيره الطريق أو يعينه .

كما نجد أن البعض الآخر تضعف انتاجيته العملية ويزداد تهربه من مسؤولياته وواجباته الملقاة عليه . كما يكثر التأجيل والتعطل إلى مابعد رمضان . .

ويزداد من جهة أخرى الإقبال على أنواع الطعام والمشهيات واستهلاك كميات كبيرة من المأكولات والحلويات مما يتسبب في ازدياد حالات الطوارىء الهضمية إضافة إلى زيادة الوزن والكولسترول والشحوم في الدم .

ولابد من التأكيد هنا على معاني الصيام وأهدافه وتعديل مايمكن تعديله من الممارسات والسلوكيات وردود الأفعال الخاطئة . .

والصيام فريضة على كل مسلم وركن من أركان الإسلام يتطلب صيام شهر رمضان المبارك الذي أنزل فيه القرآن .

والتوجيه القرآني والنبوي يعلمنا أن الصيام ليس امتناعاً عن الطعام والشراب بل هو ضبط للشهوات ونوازع الشر كلها (يا أيها الذين آمنوا كتب عليكم الصيام كما كتب على الذين من قبلكم لعلكم تتقون) . وهو تربية عميقة للنفس وإعداد لها لتحمل المشقة الجسدية والمعنوية من أجل السمو الروحي وإمتلاك أعلى القدرات الإنسانية الخلقية والنفسية في الضبط والتأجيل وفي فعل الخير والبر والتسامح مع الآخرين وضبط الغضب ومنع الأذى والامتناع عن التصرفات الدنيئة والترفع عن الرد بالمثل على الجهالة والإسفاف وغير ذلك من الفضائل والأعمال والتقوى . .

والحقيقة أن "اختبار الصيام" هو أحد الأساليب التي خص الله بها عباده ليجزيهم به أحسن الجزاء . . وفيه يتميز الناس بعملهم وقدراتهم وتقواهم . . ومنهم من يضبط نفسه عن الطعام والشراب والجنس وهذه أول الدرجات . . ومنهم المحسن والكريم والقانت والعابد والعامل . . ومنهم بين ذلك درجات .

ولابد من التأكيد على أهمية الإعداد لهذا الشهر الكريم واعتباره مناسبة هامة لمراجعة النفس وإصلاحها وتعديل السلوك والمنهج بما يتناسب مع دروس الصيام العديدة . . والتي تصل بالإنسان إلى نجاحه في صيامه . . وفي دنياه وآخرته .

٢ الغضب والانفعال والصيام

من المعروف أن التوتر والغضب وسرعة الانفعالات تترافق مع الصيام ولاسيما في الساعات التي تسبق موعد الإفطار . ويقول المثل بما معناه " لاتتكلم مع صائم بعد العصر " . .

ومن الناحية الفيزيولوجية فإن نقص مستوى السكر في الدم بسبب الامتناع عن الطعام له دور واضح في زيادة الانفعالات والغضب والتوتر . ويختلف الأشخاص في ردود أفعالهم ودرجة توترهم وفقاً لتركيبتهم العضوية الخاصة ، ووفقاً لشخصيتهم وصفاتها . . وبعض الناس أكثر تأثراً بنقص مستوى السكر في الدم وهم يتعرضون لنقص التركيز الذهني ونقص الانتباه وأيضاً للاستثارة العصبية والغضب بسهولة وحدة .

كما أن الجوع من الناحية النفسية يولد إحباطاً وقلقاً وتوتراً وهو يثير مشاعر الحرمان والنقص وعدم الامتلاء وعدداً من العقد المرتبطة بالأم والرعاية والأخذ . وكل ذلك يمكن أن يساهم في ازدياد الغضب والانزعاج وفي ظهور الردود الانفعالية السلبية .

ويؤدي أيضاً تغيير الروتين اليومي من حيث أوقات العمل والراحة والطعام إلى زيادة التوتر والشعور بعدم التوازن والاضطراب ولاسيما في الأيام الأولى من الصيام إلى أن يتم التعود على التغيير والروتين الجديد . . وبعض الأشخاص أكثر

حساسية وقلقاً من الآخرين أمام أي تغيير في عاداتهم اليومية ، مما يجعلهم أكثر عرضة للانفعالات والتوتر .

إضافة إلى ماسبق فإن الامتناع عن القهوة والشاي والكولا والتدخين يساهم في ازدياد القلق والتوتر العصبي والصداع وغير ذلك من أعراض الحرمان الكيميائي الناجم عن التعود على المواد السابقة ذات التأثير النفسي والعصبي والتي تتضمن الكافين والنيكوتين . ويختلف الناس في درجة شدة تعودهم على هذه المواد كما يختلفون في شدة أعراض الحرمان الناتج عن التوقف عن استعمالها .

ومن النواحي العامة لابد من التأكيد على أن الصيام هو مدرسة خاصة للعلاج النفسي ولتهذيب البشر وضبط النفس والروح والجسد . وقد كتبه الله علينا وعلى الذين من قبلنا " لعلكم تتقون " . لأن الصيام يرتفع بالإنسان عن غرائزه الأساسية ويعلمه الضبط والصبر والتأجيل إضافة للامتثال والطاعة وكل ذلك يكافأ عليه الإنسان بالثواب وجزيل العطاء . .

وفي الصيام لايقتصر الضبط والصبر والتأجيل على عرائز الطعام والشراب والجماع وهو يتضمن ضبط النفس وشرورها وغضبها ، والصبر على أذى الآخرين وازعاجاتهم وتذكيرهم بترفع الصائم وقوته وأجره بدلاً عن الهبوط إلى تفاهاتهم واستفزازتهم ومجاراتهم في ذلك .

ومن الناحية العملية يتطلب الصيام تدريباً وتعوداً وهو لايقتصر على شهر رمضان المبارك فقط . ولابد لنا من التدريب على ضبط النفس ومعرفة نقائصنا ونقاط ضعفنا والعمل على زيادة السيطرة على الانفعالات والاستفادة من الأساليب الروحية العديدة كالذكر والدعاء والصدقة والصلاة وقراءة القرآن والتمعن في أحكام الصيام وحكمه والاستزادة من التقوى ما أستطعنا . مما يساعدنا في التحكم وبشكل أفضل بأجسادنا والعمليات الكيميائية الفيزيولوجية التي تجري داخلنا إضافة للتحكم بنوازع الشر والفجور والشهوات ووساوس الشيطان المتنوعة .

وهذا مايجعلنا نستفيد من صيامنا أكثر ونكسب الأجر والعافية في الدنيا والأخرة بإذن الله .

٣ التكنولوجيا والآثار النفسية السلبية

يتميز العصر الحديث بتطور هائل في التقنية (التكنولوجيا) وفي جميع مجالات الحياة . . ومما لاشك فيه أن لذلك انعكاسات سلبية متعددة على الحياة النفسية والاجتماعية للإنسان .

والتقنية تتميز بالاهتمام "بالآلة" وتقديسها وإعلاء شأنها . والآلة تؤكد النظام الخاص بها وتؤكد الدقة وحسن الاستعمال وينتج عن إهمالها وعدم ضبطها مخاطر كثيرة .

وقد سهلت الآلات حياة الإنسان في مختلف النواحي وزودته بما يشبه الأحلام من حيث الإنجاز والراحة والسيطرة على الطبيعة وعقباتها ومشكلاتها . وهي ليست "شراً بمجملها . . واستخدامها في الخيروالشر يرجع للإنسان أساساً" .

وقد ساهمت التقنية المتطورة "بشعور الإنسان بالضعف والعجز" أمام الآلة لأنها تتفوق عليه بأعمالها وإنجازاتها وساهمت بازدياد "الشعور بالاستلاب والغربة" عن كل ماهو طبيعي وتلقائي في الحياة اليومية . من خلال التصنيع والمكننة والمواد الغريبة غير الاعتيادية ، حيث أصبح كل شيء سلعة مصنعة ومعلبة لها تعليماتها وطرق استعمالها وصلاحيتها . .

والإنسان الحالي يختلف تماماً عن الإنسان في العصور القديمة أو عن الإنسان الذي يعيش نمطاً متأخراً من الناحية التكنولوجية وكأنه إنسان من كوكب آخر في مأكله وملبسه وركوبه

وعمله اليومي وفي تسليته وعلاقاته الاجتماعية وفي تفكيره وفي صحته ومرضه ، وغير ذلك .

وقد ارتبط العصر الحديث "بالقلق والتوتر وعدم الاطمئنان والتغيرات السريعة المتلاحقة في المعلومات وأساليب الحياة وفي التفكير أيضاً" . . وقد ساهمت التقنية بذلك بشكل كبير من خلال مكتشفاتها والنتائج المترتبة على استخداماتها . وقد أصبحنا الآن غير واثقين مما نعرفه ومعلوماتنا تتغير بسرعة حول الأشياء الهامة اليومية مما يساهم في القلق وعدم التأكد ويزعزع الثقة بالنفس ويشعر بالإحباط ، مالم يحاول الإنسان أن يفهم الأشياء بنسبية واعتدال ومرونة ، ويواكب تغير المعلومات والاطلاع على مايجري باستمرار . ومن الأكيد أنه لايمكن اللحاق بكل المتغيرات ، ويبقى التعلم الدائم سلوكاً صعباً لايقوى عليه كثيرون .

وتشجع التقنية "الفردية والذاتية والأنانية" بشكل واضح على حساب الآخر والآخرين . والإنسان الحديث يهتم باقتناء الأجهزة الفردية ويفاخر بها ويتعامل معها بشغف ، مما يضعف تواصله مع أقرب الناس إليه .

"وتفكك الحياة الاجتماعية والأسرية" مرتبط بالتقنية بعدة أشكال . . حيث تشجع التقنية الذوق الفردي والمهارات الفردية التي يمكن أداؤها بمعزل عن الآخر في مختلف المجالات إبتداءً من الطعام والشراب والمواصلات إلى الأعمال اليومية ونشاطات التسلية والمتعة .

وقد ساهمت التقنية "بإحداث مخاطر ومخاوف" لم تكن موجودة سابقاً مثل الخوف من التيار الكهربائي والحرائق والخوف من ركوب السيارة والطائرة والقطار وغير ذلك . .

كما ساهمت بازدياد "مخاطر الموت والإصابة الجسدية" من خلال أسلحة التدمير والحرب كالطائرة والصواريخ والقنابل والمتفجرات والغازات والجراثيم . إضافة إلى الأخطار الصحية الناتجة عن التلوث والمواد الكيميائية والملونات والأدوية وغير ذلك .

وازدادت "أفكار الملاحقة والمراقبة والاضطهاد" من خلال تطور تقنيات التنصت والتسجيل والتصوير .

وساهمت التقنية "بازدياد العنف الفردي" إضافة للعنف الجماعي من خلال تطور الأسلحة الفردية وانتشارها وتسويقها .

وأيضاً تطورت "المواد الإدمانية" ذات الأثار النفسية والعقلية بواسطة التقنية وبلغت مشكلاتها الذروة في معظم المجتمعات .

كما أبدعت التقنية "الدوائية والطبية" قدرات جديدة في تعديل هيئة الإنسان وشكل أجزائه ووزنه وأدائه الجنسي والرياضي مما يمكن أن يتسبب عن سوء استعمال ذلك مخاطر ومشكلات جديدة هامة .

وفي النهاية لابد من التأكيد أن التقنية قد فتحت آفاقاً لامتلاك القوة والسيطرة على الواقع وعلى الآخرين مما عزز السباق لامتلاكها واستخدامها وتسخيرها لأهداف متعددة خيرة أو شريرة أو مختلطة بين ذلك .

ولابد من تفهم روح العصر والواقع ومحاولة الحد من الآثار السلبية الخطيرة الناتجة عن تطور التقنية والتأكيد على السيطرة على جنونها وشرورها بدلاً عن الاستسلام والانقياد الأعمى لأشكالها وألوانها وطغيانها .

٤ المرأة والعمل والصحة النفسية

من المؤكد أن العمل بشكل محوراً رئيسياً في حياة الإنسان البالغ . . رجلا كان أم أمرأة .

وللعمل أشكال متنوعة . . وهناك العمل العضلي والعمل الفكري والعمل المنزلي والعمل خارج المنزل . . والعمل في الأرض والبحر والفضاء . .

ويمكننا أن نقول أن العمل " حاجة واستعداد " في داخل الإنسان وهو يرتبط بجوهر الحياة نفسها . . فالحياة لا تستقيم بدون العمل بالنسبة للفرد والمجتمع على حد سواء .

والإيجابيات الأساسية بالنسبة للمرأة (وأيضاً للرجل) أن الإنسان يحقق ذاته وشخصيته من خلال العمل . . وهو يحس بالإنتاج والإنجاز والأهمية . كما أن العمل يعطي صاحبه الاستقلال المادي ، ويساهم في تنمية قدرات الشخصية واغتنائها من النواحي العملية والفكرية والاجتماعية .

والقيام بالعمل يشعر المرأة بالرضا والسرور والنجاح وفي ذلك مكافأة هامة وتدعيم لقيمة الإنسان وثقته بنفسه من النواحي النفسية .

ومما لاشك فيه أن العمل يجعل المرأة أكثر قوة وأكثر قيمة في مختلف النواحي الواقعية والمعنوية . والمرأة لاتبقى ذلك الكائن الضعيف ذو القدرات المحدودة والذي لاحول له ولاقوة .

والحقيقة أن الإنسان بلا عمل يصيبه الخمول والكسل والضياع والقلق . . كما أنه لاينمو ولايعيش الحياة بشكل كامل . . وكأنه يعيش الحياة أقل من غيره . . ومن المعروف في العلوم الطبية أن العضو الذي لايعمل يصاب بالضمور والضعف وهكذا الإنسان الذي لايعمل .

وإذا تحدثنا عن السلبيات المرتبطة بعمل المرأة من الناحية النفسية نجد أن ذلك يرتبط بمدى مناسبة العمل لشخصية المرأة وقدراتها ومهاراتها ، وأيضاً بنوعية شروط أداء العمل وظروفه وأيضاً فإن العمل الروتيني الممل أو العمل القاسي الصعب يساهم بشكل سلبي في صحة المرأة النفسية .

ومن العوامل الهامة المؤثرة الشعور بالظلم وعدم أخذ الحقوق إضافة إلى نقص المكافآت والتشجيع .

وفي بلادنا لاتزال القيم الاجتماعية المرتبطة بعمل المرأة غير إيجابية عموماً . . وفي ذلك تناقض كبير مع الواقع . . حيث أن المرأة انخرطت فعلياً في ميادين العمل المتنوعة والضرورية ، ولكن القيم الغالبة لاتزال تثمن عمل المرأة داخل البيت فقط . ويمكن لهذه الضغوط الاجتماعية أن تلعب دوراً سلبياً على الصحة النفسية للمرأة العاملة .

والعمل المنزلي له أهميته الكبيرة ولاشك في ذلك . . ولكن الحياة المعاصرة بتعقيداتها المختلفة وتطوراتها ومتطلباتها قد ساهمت بتغير الصورة .

وظهرت عديد من الأعمال الضرورية والأساسية والتي تتطلب العمل خارج المنزل مثل الخدمات الطبية والتعليمية والأعمال التجارية والمؤسسات الخاصة بشؤون المرأة وغير ذلك في حياة المدينة الحديثة .

كما أن المرأة لم تنقطع عن العمل خارج المنزل بل استمرت فيه في البيئات القروية والصحراوية وفي أعمال الزراعة وتربية المواشي والأعمال الإنتاجية الأخرى المساندة .

وقد تغيرت أهمية الأعمال المنزلية مع تطور الأجهزة المنزلية واستعمال الكهرباء وتقنيات الرفاهية المتنوعة المستعملة في الغسيل والتنظيف والطبخ . كما أن تربية الأطفال ورعايتهم قد أخذت متطلبات وأشكالاً أكثر تعقيداً من حيث ضرورة الثقافة والتعليم في العملية التربوية وفي التغذية والرعاية الصحية وغير ذلك .

كما أن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمشكلات الحياتية اليومية التي تواجه مجتمعاتنا قد ساهمت بزيادة المتطلبات الاستهلاكية وزيادة النفقات والضرورات المادية إضافة إلى ضرورات التنمية والتحديث . . وكل ذلك يؤدي إلى الاهتمام المتزايد بعمل المرأة المنتج خارج المنزل وداخله .

ولابد من تعديل القيم السلبية المرتبطة بالعمل وتأكيد أهميته وجوانبه الإيجابية وعدم إطلاق التعميمات الخاطئة والسطحية حول عمل المرأة مما يساهم في تخفيف الضغوط

والتناقضات التي تواجهها المرأة في عملها ومما يدعم من صحتها النفسية .

ومن السلبيات الأخرى المرتبطة بعمل المرأة زيادة المسؤوليات الملقاة على عاتقها في المنزل إضافة للعمل ، وعدم كفاية التسهيلات العملية المساعدة مثل دور الحضانة في أماكن العمل وإجازات الأمومة وغير ذلك . .

ومن الملاحظات العملية نجد أن بعض النساء لايزلن يحملن قيماً متناقضة حول أهمية العمل وجدواه مما يجعل حماس المرأة ونشاطها وجديتها في عملها أقل في مواجهة الضغوط الاعتيادية في العمل أو المنزل . . فهي تتراجع بسهولة أمام الضغوط والعقبات والإحباطات ولاتستطيع أن تتحمل درجات عادية من القلق والتوتر . كما أن بعضهن يدخلن ميادين العمل بسبب التسلية والتغيير . . مما يعطي أبعاداً سلبية لعمل المرأة بالنسبة للمجتمع .

ومن جهة أخرى فإننا نجد أن المرأة العاملة لديها قلق إضافي حول مدى نجاحها في عملها وفي أدوارها الأخرى المسؤولة عنها . ويرجع ذلك إلى حداثة عمل المرأة خارج البيت وإلى المعوقات والضغوط الاجتماعية المختلفة إضافة إلى تركيبة المرأة الخاصة من حيث تأهيلها وتدريبها . مما يتطلب إعداداً وتدريباً ووقتاً كافياً كي تستطيع المرأة تلبية متطلبات الحياة العملية الكثيرة .

والملاحظة الأخيرة فيما يتعلق بصحة المرأة العاملة من الناحية النفسية هي أن المرأة يمكن لها أن تضخم من تأثير الضغوط الحياتية والاجتماعية وغيرها وأن تبقى منقادة مستسلمة وسلبية في مجال عملها وما يتعلق به من مشكلات . . وهي بذلك تساهم في زيادة القهر الذي يلحق بها ويكرس أوضاعها . . ولابد من تأكيد دور المرأة في ذلك وفي ضرورة وعيها بمشكلاتها وتعديل وإصلاح مايمكن إصلاحه والتكيف مع مالا يمكن إصلاحه " أن الله لايغير مابقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم " .

وإذا تحدثنا عن الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المرأة العاملة فإنه لايمكننا أن نقول أن هناك اضطرابات خاصة تصيب هذه الفئة من النساء دون غيرها . وبشكل عام فإن العمل يساهم في تحسين الصحة النفسية كما تدل عليه معظم الدراسات الغربية وعدد من الدراسات العربية ، نظراً لإيجابيات العمل المتعلقة بالاستقلالية وتحقيق الذات وازدياد السيطرة على الحياة والمستقبل من النواحي الاقتصادية والشخصية .

وفي دراسة حول أسباب الاكتئاب في بريطانيا تبين أن عمل المرأة خارج المنزل هو من العوامل المهيئة للاكتئاب في حال وجود عوامل أخرى . . وهي : وجود ثلاثة أطفال على الأقل يحتاجون إلى الرعاية داخل المنزل ، وعدم وجود الزوج المتعاون الذي يساعدها ويعينها ، إضافة لفقدانها للأم أو الأب عندما كانت قبل الحادية عشرة من العمر .

ومن المتوقع في مجتمعاتنا أن الضغوط المتعددة التي تواجهها المرأة من النواحي الاجتماعية وتناقض النظرة إلى عملها أن تتسبب في زيادة القلق والتوتر والإحباط وسوء التكيف واضطراباته .

كما أن المشكلات الزوجية هي من المشكلات الشائعة لدى المرأة العاملة (ومثلها في ذلك المرأة غير العاملة) . . وبعض هذه المشكلات يتعلق بعدم وضوح الأدوار والمسؤوليات التي يقوم بها كلا الزوجين . . ويرجع ذلك إلى حداثة عمل المرأة في مجتمعاتنا وعدم وجود تقاليد خاصة تنظم وتحدد مشاركة الزوجين في أمورهم الحياتية من حيث المشاركة والتعاون في المصاريف المالية وشؤون المنزل والأطفال وغير ذلك مما يتصل بالحياة اليومية المشتركة . وهذا يتطلب مزيداً من الحوار والتفاهم بين الزوجين للوصول إلى حلول مشتركة مناسبة تتوافق مع الحياة العملية .

ونجد أشكالاً من ظلم المرأة وابتزازها حيث يتصرف الزوج أو الأب براتب المرأة وحقوقها مما يمكن أن ينشأ عنه القلق والاكتئاب والشكاوى الجسمية نفسية المنشأ وغير ذلك .

وفي بعض المهن التي لايزال ينظر إليها المجتمع بشكل سلبي شديد مثل التمريض والتمثيل وغيرها . . يمكن لضغوط العمل نفسه مع الضغوط الاجتماعية أن تساهم في ظهور القلق والاكتئاب وسوء التكيف وغير ذلك .

وفي ملاحظات أخرى عيادية نجد حالات من الارتباك والخجل أومايسمى بالخوف الاجتماعي عند عدد من النساء

العاملات في مجال التدريس وغيره . . حيث يتطلب العمل إثبات الذات والتعبير عنها إضافة للمهارات اللفظية وضرورة الحديث أمام الآخرين وهذا لم تتعود عليه المرأة سابقاً .

كما أن حالات أخرى تجد صعوبات في اتخاذ القرارات والاعتماد على النفس وتسبب لها بعض المواقف المهنية قلقاً شديداً واضطراباً لأن تلك المواقف المرتبطة بالحياة العملية لم تتعود أن تتصرف فيها بنفسها .

ويعني هذا أن العمل خارج المنزل يمكن أن يبرز عدداً من النواقص في مهارات المرأة وأساليبها التي لم تكتسبها سابقاً ولم تتدرب عليها بشكل مناسب .

وإذا تحدثنا عن الوقاية من سوء التكيف والاضطرابات النفسية لابد من الإشارة إلى ضرورة تقديم الدعم الكافي والمناسب (المعنوي والعملي) للمرأة العاملة ومساعدتها على التخفيف من الأعباء الكثيرة التي تتحملها وتوفير الظروف المناسبة والتي تتوافق مع عاداتنا وقيمنا وديننا . وأيضاً المساهمة في حل المشكلات العملية التي تواجهها .

ولابد للمرأة من النقد الذاتي والتعلم من أخطائها وتطوير نفسها واكتسابها للمهارات اللازمة ولابد لها من تنظيم وقتها وإعطاء كل ذي حق حقه .

ولابد أيضاً من دراسة مشكلات المرأة بالتفصيل وتطوير الخبرات والممارسات العملية الإيجابية وترسيخ التقاليد المفيدة والمناسبة لعمل المرأة وما يرتبط به من مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية .

٥ الإجازة من النواحي النفسية

يتميز العصر الحديث بسرعته وضغوطه وقلقه والتغيرات المتلاحقة التي تحدث فيه . . ويشكل ذلك إرهاقاً وتوتراً يصيب الإنسان ويؤثر على جسمه وعقله وتصرفاته .

وكثير من الأعمال في الوقت الحال ارتبطت بالتقنية والآلة والكهرباء، وأيضاً وسائل المواصلات ووسائل الترفيه . . ومما لاشك فيه أن التقنية بحد ذاتها لها متطلباتها وفوائدها وأيضاً لها آثارها المزعجة والضاغطة من جانب آخر .

وقد أدى ذلك كله إلى التأكيد على أهمية الإجازة واعتبارها وسيلة ناجحة للتخفف من الضغوط اليومية والمسؤوليات وتجديد النشاط والحيوية ومن ثم العودة ثانية إلى العمل والإنتاج .

ومما لاشك فيه أن فترات الراحة والإجازة قد ازدادت معدلاتها عن العصور السابقة . . حيث نجد أن ساعات العمل اليومي أصبحت أقل كما أن الإجازة الأسبوعية أصبحت يومين أو أكثر إضافة إلى الحصول على الإجازة السنوية والفصلية وغير ذلك .

وترتبط الإجازة عموماً بالاسترخاء والراحة والقيام بالنشاطات المسلية والخفيفة . . والإكثار من المتع واللذات وأيضاً الابتعاد عن الهموم والمشكلات والتعقيدات في مختلف النواحي .

ومن النواحي النفسية تمثل الإجازة "ضوءاً أخضر" يضيء في الفضاء الداخلي للإنسان. وهذا مايبيح له أن يتفلت من ضوابطه الداخلية بشكل نسبي . . حيث تقل الممنوعات وتزيد المسموحات وربما يندفع البعض وراء تصرفات وسلوكيات غير مقبولة حيث يأخذ الرقيب الداخلي الذي نحمله في أنفسنا "إجازة" وهو يتوقف عن العمل والمنع والمراقبة أو أنه يسمح بأشياء لم يكن يسمح بها من قبل ويصبح أكثر ليونة ومرونة وتقبلاً . . وينطبق ذلك على عدد من الأمور ومنها قواعد الثياب وشكلها وأوقات النوم واليقظة والإحساس بالوقت ونوعية الطعام إضافة للسلوكيات الأخلاقية والنشاطات الترفيهية السطحية وغير ذلك . .

وتساهم الثقافة الاجتماعية الخاصة بكل مجتمع في تشجيع أنماط من السلوك والتصرف في الإجازات . . ويكتفي البعض بالتمتع بالمناظر الطبيعية الهادئة في الشواطىء أو الجبال . والبعض الآخر يهتم بالفسحة البرئية ولقاء الأهل والأصحاب ، بينما يتطلب البعض أشكالاً أخرى من الإجازات والمغامرات والضجيج وغير ذلك .

والإجازة تمثل "وقت فراغ" يساعد الإنسان أن يتم فيه مالم يستطيع إنجازه خلال أوقات العمل والانشغال، فيما يتعلق بشخصه أو أهله أو دينه أو مجتمعه . وبعضهم يهتم بالقراءة أو

الكتابة أو الرياضة . . وبعضهم يهتم بأنواع المأكولات والمشتريات والتسويق . . وبعضهم ينكب على التسلية الموسيقية أو البصرية .

وتمثل الإجازة قلقاً وإزعاجاً لبعض الشخصيات التي تعودت على الجد والنشاط المحموم والروتين . وهؤلاء لايستطيعون الاسترخاء وينزعجون من الفراغ وتكثر عصبيتهم ونكدهم ومشكلاتهم مع أنفسهم ومع الآخرين في فترة الإجازات .

وبعض الشخصيات الأخرى يتحول إلى النقيض من صفاته وسلوكياته الاعتيادية في الإجازات وهو يفعل مالا يفعله عادة مما يفقده التوازن المطلوب ويجعله أكثر قلقاً وتناقضاً .

ولابد من التأكيد على أهمية الراحة والعمل والتوازن بين ذلك . . ولايمكن أن تكون الحياة إجازة دائمة لأن ذلك لايتناسب مع التوازن النفسي والاجتماعي . ولايمكن أيضاً أن تكون الحياة عملاً شاقاً ومضنياً لأن ذلك يؤدي إلى الإرهاق والاكتئاب ومختلف الاضطرابات الجسدية والنفسية والاجتماعية .

ولابد من مراجعة النفس وسلوكياتها أثناء العمل وأثناء الإجازة وتعديل الأنماط السلبية في السلوك والتفكير بما يتناسب مع حياة منتجة وفعالة ومع إجازة مفيدة وإيجابية .

٦ الأداء الرياضي في حالات ظلم هيئة التحكيم

كثيراً مايحدث في المباريات الرياضية على مختلف أنواعها أن يطلق حكم المبارة أحكاماً غير عادلة على لاعب أو أكثر، أو يخطىء في تقدير خطأ معين .

والحكم الرياضي يمثل سلطة لها رأيها وأحكامها وعقوباتها وهو عندما يطلق حكماً معيناً فإنه من المتوقع الاستجابة لذلك . وفي حالة إطلاق أحكام ظالمة من وجهة نظر أحد الفريقين أو اللاعبين فإن ردود الفعل تتنوع وفقاً لشخصية اللاعب وخبراته وتدريبه . . ومن المفهوم والمتوقع ظهور الغضب عند البعض وأيضاً التوتر وردود الفعل العدوانية بكافة أشكالها ودرجاتها ومنها الضرب والدفع والسباب وغير ذلك . لأن الشعور بالظلم يولد الغضب . . وعندما لايستطيع الإنسان أن يعبر عن انفعالاته الغاضبة فإن درجة التوتر والقلق تسيطر عليه لأنه يحاول ضبط نفسه وتصرفاته كي لاتنفلت مشاعره الغاضبة والسلبية . وفي مرحلة لاحقة يؤدي هذا التوتر المستمر إلى تشتت الطاقة الداخلية مما ينتج عنه نقص في فاعلية الأداء الحركي والعقلي . . حيث أن ضبط النفس يستهلك جزءاً من الطاقة الداخلية ويؤدي إلى نقص في الطاقة المتوفرة لأداء الأعمال من الناحية البدنية أو الذهنية ، وكأن الإنسان أصبح يعمل بنصف طاقته الاعتيادية وبالتالي فإن أداءه الرياضي يصبح أضعف وأقل مستوى . .

وفي تفسير آخر نجد الإنسان عندما لايستطيع التعبير عن انفعالاته بسبب الإحباط والغيظ والغضب الشديد الناتج عن شعوره بالغبن والظلم فإن غضبه يرتد على نفسه . . حيث نجده يرتكب أخطاءً إضافية ويزداد تعثره واضطراب أدائه . النتيجة أن الإنسان يصبح هو المخطىء وتصير أخطاؤه واضحة . . بينما ابتدأ المسلسل بظلم الحكم وخطئه وينتهي بأن يصبح اللاعب أو الفريق هو المخطىء بدلاً عن الحكم . وهذه العملية تسمى ارتداد الغضب إلى الذات .

ويحدث أيضاً في حالات أخرى مايسمى بالتماهي بالمعتدي أو تقمص دور الظالم من قبل المظلوم حيث يقوم اللاعب بتأنيب نفسه وذاته كما يلوم غيره من اللاعبين . بما يشبه أسلوب الظالم أو المعتدي . . ونجده يفتش عن أخطائه ويظلم نفسه ويمكن أن يبالغ في ذلك وبشكل قاسٍ .

ومما لاشك فيه أن الأداء الرياضي الناجح يتطلب درجة من التوتر المرتبطة بالتنافس والرغبة في الفوز ، وعندما يكون التوتر شديداً فإن الأداء يسوء ويتردى . ومن المطلوب التدرب على أنواع عديدة من المثيرات والظروف التي تزيد من التوتر والقلق ، ومنها حالة الطقس السيئة وردود فعل الجمهور وهياجهم وأيضاً تصرفات الحكام وأحكامهم . . إضافة لأداء الفريق المنافس ونتيجة المباراة المبدئية . والتدريب على ضبط التوتر وتفريغه جزئياً وبشكل

مناسب يعتبر أحد الأساليب الناجحة والصحية . . وعندما يفقد اللاعب أو الفريق أعصابه فإن أداءه يصبح عشوائياً وسيئاً . وقوة الأعصاب وتحملها وضبطها عامل جوهري في التنافس الرياضي إضافة إلى أهمية الروح المعنوية والثقة بالنفس .

ويمكن للتدريب المناسب أن يساهم في رفع إمكانيات التحمل إلى درجات مفيدة . . حيث يمكن للاعب أن يفتح صفحة جديدة وبسرعة خلال المباراة على الرغم من التوترات الناجمة عن الهزائم والتفوق النسبي للخصم أو التوترات الناتجة عن أخطاء الحكام وغير ذلك . .

ومن المعروف أن أخطاء هيئة التحكيم إذا كانت ثابتة وخطيرة ولاسيما مع وجود أجهزة التصوير والكمبيوتر والمراقبين ، فإن ذلك يؤدي إلى محاسبة الحكم فيما بعد من الهيئات المختصة على أخطائه وتطبيق العقوبات المناسبة بحقه . . وهكذا الرياضة لها أحكامها وقوانينها وأساليب ضبطها . . ومن الواجب السيطرة على النفس قدر الإمكان والتعبير عن وجهة النظر والغضب بالطرق المناسبة ولابد من الالتزام بالقوانين والتدريب والتدرب على ذلك باستمرار .

٧ المقهى الحديث " كوفي شوب " والنواحي النفسية والاجتماعية

تتنوع الأساليب والأشكال الاجتماعية التي تتضمن لقاء الناس واجتماعهم على الطعام والشراب . . والمقهى تحديداً يتضمن احتساء القهوة أو الشاي وغيرها من المشروبات الساخنة أو الباردة ، وتمضية بعض الوقت والاسترخاء ، وأيضاً لقاء المعارف أو الأصحاب . إضافة إلى قراءة الصحف والمجلات وغير ذلك من النشاطات .

وللمقهى تاريخ طويل في بلادنا وثقافتنا وقد دخلت عليه تطورات وتنويعات عديدة . وكان الناس قديماً يستمعون إلى الحكواتي في المقهى والآن يشاهدون التلفزيون . . كما أن هناك لعب الورق والنرد والتدخين والشيشة وغير ذلك .

ويعتبر البعض أن الذهاب إلى المقهى بشكل متكرر وقضاء ساعات طويلة غير منتجة فيه نوع من ضياع الوقت ودليل على الفراغ والكسل والعطالة وسبب لتدهور الشخصية والسلوك والأخلاق . والبعض الآخر يعتبر المقهى ذو فوائد متعددة ولايضيع أوقاته فيها سدى بل يستفيد منها . .

ويشكل المشرب أو " البار " المعادل الغربي للمقهى الشرقي حيث يتم فيه شرب المسكرات بأنواعها .

ومن الناحية النفسية نجد أن المقهى وما يشبهه يمثل في أحد معانيه العميقة اللاشعورية "الأم" التي تعطي الشراب والراحة والامتلاء . . وتؤكد التقاليد الخاصة بالمقهى على الود والتعاطف وتقديم الشراب بسرعة ووفقاً لمزاج الزبون الخاص . . ولايمنع ذلك من حدوث المشكلات والانتقادات والمشاجرات ولكن يبقى المقهى مكاناً للراحة والإنس واللذة الفموية أساساً وما يرتبط بها من حاجات نفسية وعقد وصراعات .

وربما يشجع الإحباط الذهاب إلى المقهى وأيضاً القلق والفراغ والوحدة وسوء التصرف تجاه الوقت .

والإدمان على المقهى بكافة أشكال المقاهي اضطراب وداء نفسي واجتماعي ولايمكن اعتباره من العادات الصحية والمفيدة إلا إذا كان يحقق أهدافاً إيجابية واضحة .

ولابد من مراجعة النفس دائماً وتعديل سلوكياتها السلبية والبحث عن السلوكيات والبدائل الإيجابية التي تضمن صلاح الفرد والمجتمع .

٨

تحديد النسل .. ملاحظات

مما لاشك فيه أن موضوع الإنجاب وتحديد النسل وضبط عدد المواليد هو موضوع اجتماعي أساساً وهو يرتبط بقضايا طبية واقتصادية وتربوية ودينية .

وأما العوامل النفسية العامة فهي تتعلق برغبة الزوجين أو أحدهما في الحصول على طفل أو أكثر ومن جنس معين في بعض الأحيان . . وهذه الرغبة تحددها المعايير الاجتماعية والقيم السائدة أساساً . ويعتبر البعض كثرة الأطفال نوعاً من القوة والقدرة . . وبعضهم يرى في أطفاله حماية له وعوناً في المستقبل . .

وتختلف المعايير والقيم في عصرنا الحديث . . ونجد تنوعاً كبيراً في نظرة المجتمع والأفراد لموضوع عدد الأطفال وكثرتهم .

والأسرة الحديثة تتجه عموماً نحو قلة عدد الأطفال مقارنة بالجيل السابق . . ويرتبط ذلك بتغيرات الحياة الاجتماعية والاقتصادية والفكرية .

والحياة الحديثة بمتطلباتها العديدة ساهمت بتغيير النظرة إلى موضوع عدد الأطفال . ولكن الاحصائيات العامة تدل على أن متوسط عدد الأطفال في الأسرة العربية لا يزال يتجاوز (٦ أطفال) في عديد من هذه المجتمعات . وهذا مايطرح مشكلات عديدة

اجتماعية واقتصادية وتربوية ونفسية . ومن الناحية النفسية تتطلب رعاية الأطفال خبرة وثقافة ووقتاً كافياً تبذله الأم والأب لأبنائهم وكلما كان عدد الأطفال كبيراً لم يعد بالمستطاع توفير الرعاية التربوية والنفسية الكافية . . ومما لاشك فيه أن "النوعية هي أفضل من الكمية" من حيث إنتاج الأجيال الجديدة . . وقد لاينطبق ذلك على جميع الحالات وفي مختلف الظروف ، ففي ظروف الحروب مثلاً تفضل كثرة الإنجاب . . وفي ظروف السلام تخف الحاجة إلى المزيد من الأطفال .

ولابد في النهاية من التأكيد على أهمية المسؤولية الملقاة على عاتق الجميع في توفير الرعاية الكافية والصالحة لأجيال الأطفال ليس من النواحي المادية فقط . . وهذا يتطلب الجهد والوقت والتخطيط السليم والواقعي للأسرة من حيث عدد الأطفال بما يتناسب مع العصر وظروفه .

٩ هل للرجل مسؤوليات منزلية ؟؟

مما لاشك فيه أن الأجابة على هذا السؤال واضحة جداً وهي بالإيجاب طبعاً . . ويعكس طرح مثل هذا التساؤل الواقع اليومي المضطرب لبعض الرجال الذين لايتحملون مسؤولياتهم كاملة ويهملون أهلهم وأبناءهم . .

وتتنوع المسؤوليات التي يتحملها الرجل ومنها المسؤوليات المالية وضرورة توفير المتطلبات المادية المتنوعة للمنزل والزوجة والأولاد . وهناك المسؤوليات التربوية والتي لاتقتصر على العقاب البدني وتخويف الأطفال بل تتطلب وقتاً وجهداً ومتابعة لمشكلات الأطفال والمراهقين وسلوكياتهم الطبيعية والمنحرفة ، وتشجيع السلوك الحسن وتعديل السلوك غير السوي أو الخاطىء . وبعض الرجال يقضي أوقاتاً طويلة في العمل أو الأسفار أو يغيب عن المنزل مساءً لتمضية الوقت في السهرات الخاصة اليومية وهو يكتفي بتأمين الأمور المادية فقط ودون استخدام صحيح لها في التربية والرعاية المطلوبة للمنزل .

كما أن بعض الرجال ممن انحرف عن السلوك القويم يمكن له أن يتنصل من واجباته ومسؤولياته حتى المادية منها . وهو يتورط في ديون ومشاكل وإدمانات وغير ذلك مما ينعكس على الأسرة بأسوأ العواقب .

والزوجة العادية تحاول أمام تقصير زوجها أن تطلب منه وباستمرار وتكرار مايمكن أن يقدمه . وهي تذكره وتخاصمه في حال تقصيره . . وأيضاً يمكن لها أن تتحاور معه وتتفاهم حول تدبير الأمور وبمساعدة الأهل . وفي أحيان أخرى تحاول الزوجة أن تدبر الأمور بنفسها وتستعين بأهلها . . وفي أحيان أخرى يصعب العيش مع الزوج المقصر أو اللامسؤول مما يؤدي إلى طلب الطلاق والانفصال .

والتقصير أو السلوك اللامسؤول في القضايا المنزلية يمكن أن يكون سلوكاً عابراً ومؤقتاً ونتيجة انزعاج الرجل من بيته وزوجته وهو يعاقبها بذلك ويعبر عن غضبه بتقصيره . ويمكن أن يكون نتيجة تعب أو اكتئاب أو ضغوط أخرى وإحباطات مهنية وغير ذلك .

وفي حال كونه سلوكاً متكرراً ومزمناً فإنه يمثل اضطراباً في الشخصية ويصنف ضمن صفات الشخصية (السيكوباثية) المضادة للمجتمع . وهذه الشخصية لها جوانب وراثية ولكن الظروف الطفولية القاسية وتفكك أسرة الأصل والعنف المنزلي والحرمانات المتعددة ، تلعب دوراً في نشوئها وتطورها .

وتلعب التربية دوراً هاماً في نشوء "السلوك اللامسؤول" وتلبية الرغبات كلها والإفراط في الدلال يؤدي إلى عدم تحمل الإحباط وعدم تأجيل تحقيق الرغبات على مختلف أنواعها . . مما

يجعل الفرد يبحث عن لذته وإشباعها في كل المجالات دون ضبط أو تأجيل أو حساب للمسؤوليات واللآخرين مما يجعله في النهاية شخصاً لايتحمل المسؤولية بل يتهرب منها أو يؤديها ناقصة .

كل ذلك يجعلنا نهتم بإعادة النظر في طرق التربية " والدلع " الزائد وضرورة التدريب على ضبط النفس وعلى السلوك المسؤول والاعتماد على الذات وتقبل الإحباط والصبر وغير ذلك مما فيه صلاح الفرد والأسرة والمجتمع .

الفصل السادس

من رسائل القراء

١- الرسالة الأولى : قلق ليلة الزفاف .

٢- الرسالة الثانية : الزواج بالثانية عن طريق الاحتيال !!

٣- الرسالة الثالثة : الاستغراق في أحلام اليقظة والخيال .

٤- الرسالة الرابعة : الأطفال والخيال .

٥- الرسالة الخامسة : الأرق .

(الرسالة الأولى)

القارئ / [illegible] عبد الله من [illegible] بعث برسالة يقول فيها :
نسمع كثيرا عن مغامرات ليلة الدخلة .. ونسمع عن بعض الإحباطات في هذه الليلة !! هل للعامل النفسي دور في هذه الإحباطات ..!! وكيف يعامل الزوج زوجته في هذه الليلة ..!!

(الرسالة الثالثة)

[illegible] المزاج؟ أنني
لا أدري مشكلتي هل تكمن في أنني إنسانة عصبية
إنسانة خيالية، ارجو الرد؟ أم أنني إنسانة انطوائية في البيت
اجتماعية خارج نطاق البيت [illegible] ..
وأعتقد أن مشكلتي هي (الخيال) لقد عشت أغلب حياتي في خيالية
بحيث [illegible] حياتي المتوسطة [illegible] خيالية .
أ[illegible] العواطف [illegible] المواقف الرومانسية المواقف [illegible] ....
وأخلو بنفسي ساعات [illegible] ساعات [illegible] غير متوقعة .
و[illegible] الوقت [illegible] وأشعر أنني لم أعمل أي شيء مفيد [illegible]
الخيالية . عندما أعجب بإنسان أو إنسانة [illegible]
أجلس [illegible] إنني شخصية أخرى [illegible]
وساعات تمر [illegible] . عندما أعجب بإنسان [illegible] أتخيل
(أنني زوجته) وأتخيل أن لي منه أولاد [illegible] الساعات
[illegible] المشاكل [illegible] [illegible]
عادية [illegible] أنتبه لنفسي [illegible] أتكلم وأضحك ؟ ..
أو أنني [illegible] المواقف الحزينة وأجلس أبكي [illegible]
[illegible] أنتبه أنني أبكي على لا شيء [illegible]
[illegible] .... [illegible]
[illegible] .. ساعات أتخيل [illegible]

(الرسالة الرابعة)

سعادة الدكتور حسان المالح

(الرسالة الخامسة)

سعادة الدكتور / حسان المالح الموقر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .. وبعد

القارئ / علي سعيد من جدة بعث برسالة يقول فيها :

لدي مشكلة تؤرقني منذ عدة سنوات ألا وهي أنني لا استطيع النوم بتعمق إلا بعد معاناة شديدة .. و لا يتعدى نومي بعد هذا الأرق الساعتين او الثلاثة حتى ولو كنت مرهقا جدا ..! وقد حاولت تنظيم نومي بلا جدوى .

ما هي الأسباب ..؟ و هل من علاج ..؟

١ قلق ليلة الزفاف

مما لا شك فيه أن ليلة الزفاف الأولى ترتبط بالقلق وبعدد من المخاوف الشائعة عند الزوجين معاً . . وهذا أمر مفهوم وطبيعي إذا كان في الحدود المقبولة . . لأن الليلة الأولى تعني وجود الزوج وزوجته معاً وجهاً لوجه وعلى انفراد لابتداء الحياة الزوجية الطبيعية بجوانبها الشخصية والجنسية والاجتماعية .

ويحمل كلا الزوجين مفاهيم وآراء مسبقة وتخيلات وأوهام حول الطرف الآخر وشخصيته وحول العملية الجنسية . . وكثير من هذه المفاهيم غير واقعي أو عملي . . ويعتقد البعض أن الرجل الحقيقي هو الذي يسيطر على المرأة ويقوم بالعمل الجنسي دون الالتفات إلى أهمية تهيئة زوجته لذلك وتعاونها معه . وبعضهم الآخر يعتقد أن معيار رجولة الزوج هو تصرفاته وشدته في الليلة الأولى وأنه إذا لم يثبت شخصيته وقوته فيها فهو ضعيف ولن يحظى بتقدير الزوجة . وتخاف المرأة مما سيحدث لها ولجسمها وربما تحاول تأجيل الموضوع الجنسي والتهرب منه بعدد من الأساليب حيث تتمثل في ذهنها قصص مؤثرة ومؤلمة مرتبطة بليلة الزفاف ومنها أن نزيفاً شديداً سوف يحدث لها وأنها ستحتاج لدخول المستشفى وغير ذلك كثير . .

ومن الشائع أن أهل الزوج والزوجة يبذلون جهداً واضحاً **في التحضير لحفلة الزفاف واختيار المكان والزمان والطعام وأنواع**

الهدايا وعدد المدعويين إضافة للتكاليف المادية والمعنوية المختلفة. وأما الجهود التي تبذل لتوعية أحد الزوجين أو كليهما فهي معدومة أو نادرة . .

والحقيقة أن الرجل والمرأة بحاجة واضحة إلى بعض المعلومات الطبية والصحيحة فيما يتعلق بالأمور الجنسية. ويمكن للأهل والأصدقاء والأطباء إضافة للكتب والمجلات العلمية أن يساهموا بدور إيجابي في ذلك مما يقلل من القلق والخوف المبالغ فيه ويجعل الزوجين على معرفة وإطلاع مفيدين. ولابد من التأكيد على أهمية تفهم الزوج لقلق زوجته ومخاوفها ومن الأفضل الحوار وتقديم الشروح العامة وتبسيط الأمور والتعاون بينهما لابتداء الحياة الجنسية. وربما يحتاج ذلك لعدد من اللقاءات والأيام وليس من الضـــروري أن ينتهي كل شيء في لحظات . . أو في ليلة واحدة صعبة . والآثار النفسية الناتجة عن سوء تصرف الزوج عديدة وتبقى الجروح النفسية سنوات عديدة مالم يحدث تعديل وتصحيح للسلوك والمفاهيم الخاطئة المرتبطة بالأمور الجنسية الطبيعية .

٢ الزواج "بالثانية" عن طريق الاحتيال !!

" رسالة من قارى " . .

تتلخص القصة بأن رجلاً متزوجاً ولديه أطفال يريد أن يتزوج ثانية ، وقد خطب من أسرة معينة وأدعى أنه " أرمل " وأن زوجته قد توفت منذ مدة . . وقد وافق أهل العروس ووافقت العروس على هذا الزوج . وبعد أن زكى العريس عدد من الأشخاص تم الزواج وعقد النكاح . . وقبل أن يدخل الزوج بزوجته الجديدة أخبرها أنه متزوج وليس أرملاً . . فغضبت كثيراً وأخبرت أهلها وطلبت الطلاق . .

هذه القصة الاجتماعية يبدو أنها متكررة وليست نادرة الحدوث . . وربما تختلف تفاصيل القصص المشابهة ببعض التفصيلات والأحداث الأخرى المتنوعة ولكنها تتشابه في أساسها .

ومن النواحي النفسية يبدو أن الرجل ليس لديه الأسباب الكافية والمقنعة كي يقدم على الزواج من زوجة ثانية . . حيث أن تصرفاته تجعله يبدو وكأنه " يرتكب ذنباً " لايستطيع المجاهرة به ، مع أن الزواج ثانيةً أمر مقبول وليس عيباً أو حراماً . .

وهذا الرجل يتميز بقصر النظر والتفكير السطحي وضعف حساب العواقب وهو يكذب ويحتال على العروسة الجديدة

وأهلها بهذه الطريقة التي يسهل فضحها عادة وكأنه يقول "أمسكوني" ، حيث يقول المثل العربي "يكاد المريب (المجرم) أن يقول أمسكوني" . والكذب لايطول عادة والشعور بالذنب الذي يتفاعل في داخله يكشفه كما يكشف عديداً من السلوكيات الخاطئة والممنوعة الأخرى . ومن الغريب أن يتفق الزوج مع أشخاص آخرين في عملية الاحتيال والغش . وهذه السلوكيات ليست مبررة وتعكس ضعفاً في الخلق والدين .

والزواج لايمكن أن يقوم على "سياسة الأمر الواقع" إلا في بعض الحالات الخاصة . . حتى إذا رضيت الفتاة بزوجها ربما لايرضى أهلها لأن هذا الزواج يمثل بداية أساسها الغش والكذب مما يثير الجروح والإهانة عند الجميع .

وبالطبع فإن الاختيار الأولي للزوجة الجديدة في مثل هذه الحالات يكون بطلب الطلاق . . وهذا يضمن درجة من التوازن والمنطق بالنسبة لها ولأهلها . . ولكن ينتج عن هذا الطلاق آثار سلبية كثيرة ومنها "القيل والقال" وأنها طلقت بسرعة وما هي أسباب ذلك وغيره . . كما أن المرأة نفسها تواجه صدمة نفسية تتعلق بالرجال وكذبهم ونفاقهم يمكن أن تبقى آثارها سنوات طويلة . وتبقى القاعدة الذهبية أن الحلال لايؤخذ بالحرام والمنكر والكذب . . وأيضاً أن الزواج يجب أن يبنى على الوضوح والثقة والصدق . وعلى الرجال أن يتقوا الله في النساء وأهلهم وأن يتوبوا عن المعاصي والذنوب وإيذاء الآخرين .

[٣] الاستغراق في أحلام اليقظة والخيال

من المعروف أن الإنسان لايمكنه أن يعيش في حدود الواقع فقط ولابد من الخيال والحلم في الحياة البشرية . . والحقيقة أننا نحلم أوقاتاً طويلة تساعدنا على إعادة التوازن النفسي والعاطفي والفكري وأيضاً الجسدي .

وتعتبر الفنون والآداب بكافة أشكالها منافذ خاصة للخيال الإنساني حيث تتفاعل مكونات الإنسان العاطفية والعقلية مع موضوع معين فني أو أدبي ويشارك الإنسان أبطال الرواية أو المسرحية كثيراً من الانفعالات والأفعال والآلام وأيضاً الانتصارات .

وفي عصرنا الحديث يعتبر التلفزيون أحد الوسائل الأساسية التي تؤثر على المشاهد وشخصيته وتشده لمتابعة البرامج المتعددة والقصص والمسلسلات والأفلام . وهو يتفاعل مع هذه المواد بكامل تكوينه وأحاسيسه وخيالاته . ويمكننا اعتبار سيطرة التلفزيون على شخصيات المشاهدين بأشكال عديدة من أهم الأحداث التي تميز النصف الثاني من القرن العشرين والتي تستحق كل الدراسة والفهم من حيث تأثيراتها ووظائفها .

وبعض الأشخاص "يدمن" على مشاهدة التلفزيون بشكل واضح . . كما أن بعض الأشخاص يستغرق في خيالاته وفي أحلام اليقظة لمدة ساعات طويلة ، كما تخبرنا صاحبة الرسالة

والتي تصف نفسها أنها خيالية لدرجة الجنون . . ولابد من تطمينها بأن مشكلتها المطروحة لاتمثل مرضاً عقلياً أو جنونياً . . ويبدو أنها لاتزال تعيش في مرحلة المراهقة بكل قلقها وخيالاتها وإحباطاتها والاستغراق في الخيال يحقق الراحة والمتعة ويساهم في إعادة التوازن النفسي، وهو مقبول ما دام غير معطل لأنه يمثل أحد صمامات الأمان التي يلجأ لها البشر في مواجهة ظروف صعبة وإحباطات متكررة . ولم تذكر صاحبة الرسالة عن إحباطاتها وآلامها الواقعية . . ومن المتوقع أن يكون لديها عدد من المشكلات في أوساط الأهل وفي كيفية التعامل معهم وأيضاً في طريقة تحقيقها لشخصيتها وذاتها وإرادتها . . وأيضاً في صورتها السلبية عن نفسها وفي قدراتها المتنوعة على التكيف ومواجهة المشكلات التي تتهرب منها .

والاستغراق في أحلام اليقظة إلى حد معطل ومبالغ فيه يمكن أن يكون دليلاً على بداية تطور مرض الفصام حيث ينعزل الإنسان عما حوله إلى عالم داخلي خاص وخيالي . ويبتعد شيئاً فشيئاً عن الحياة الواقعية والعملية وتظهر عليه سلوكيات غريبة مضطربة . . وهذا لاينطبق على صاحبة الرسالة .

والنصيحة المباشرة هي الاهتمام بالواقع وتنمية المهارات الدراسية والاجتماعية والفكرية وعدم الهروب من المشكلات بل محاولة مواجهتها بعدة طرق دون يأس أو سلبية . . والإنسان يكبر

وينمو وتزداد قدراته ومعارفه ويمكنه الاستعانة بالأصدقاء والأهل والخبراء . ولابد من تحمل المسؤولية الذاتية والمعاناة قبل الوصول إلى حلول مفيدة للمشكلات ، من خلال مراجعة الذات والمشكلات والسير في طريق التعديل والتحسين وبذل الجهود الشخصية الإيجابية وعندما تضيق الأبواب والحلول يمكن مراجعة الاختصاصيين لطلب العون والمشورة .

٤ الأطفال والخيال

تتميز الطفولة أساساً بأنها مرحلة خاصة من مراحل النمو الجسمي والعقلي ويعتبر التخيل والخيال أحد النشاطات الأساسية التي تميز هذه المرحلة .

والتفكير الخيالي يدل على نشاط ذهني وعقلي يحقق إشباعاً للرغبات العديدة التي يحسها الطفل . والتفكير الواقعي يحتاج لمراحل من النمو وتجارب عديدة ، ويتعلم الطفل عادة أن يفرق بين الخيال والواقع منذ ثلاث أو أربع سنوات ولكنه يستغرق في أفكاره وخيالاته من خلال الألعاب التي يقوم بها ومن خلال حواره الذاتي مع نفسه ومع دميته وأيضاً مع الأطفال الآخرين .

ومن المهم التعرف على خيالات الطفل ومايفكر به . ويكون ذلك من خلال الحوار المباشر والرسوم والألعاب . والمواضيع المتكررة في الخيال تعكس الاضطرابات والمشكلات التي يعاني منها الطفل مثل الغيرة من الأخ أو الأخت أو الانزعاج من الأب أم أو الأم أو كليهما أو المخاوف المتنوعة والقلق وغير ذلك .

وعندما تصر الطفلة على أن أحداثاً معينة قد حدثت ولاتقبل تفسير ذلك على أنه خيال وغير حقيقي فإن ذلك يعني اضطراباً في التفكير وحالة نفسية تحتاج للبحث والتشخيص والحالات النفسية المشابهة لاتظهر قبل سن السادسة أو السابعة على الأقل . . ومن

الممكن أيضاً أن يكون إصرار الطفل أو الطفلة على سرد أحداث لم تقع في الواقع هو نوع من الإثارة والكذب البريء وغير البريء الذي يهدف إلى الحصول على مكاسب معينة أو تجنب المسؤولية والعقاب . وفي كل الحالات لابد من التنبه إلى حاجات الطفل وإرضائها بشكل منطقي وكاف ولابد للتنبه للنقاط الحساسة في شخصية كل طفل أي المواضيعّ التي تثير قلقه وانزعاجه ومن ثم تعديل مايمكن تعديله .

والكذب يحتاج إلى معرفة التفاصيل الخاصة بالحالة والجو الأسري والعمل على تعديل هذا السلوك بإصرار . . وفي عدد من الحالات الشديدة لابد من استشارة الاختصاصي لبحث خطة التشخيص والعلاج .

٥ الأرق

يعتبر الأرق أحد اضطرابات النوم الواسعة الانتشار . وعادة يكون مؤقتاً وعابراً ومرتبطاً بجملة من المسببات مثل القلق والتوتر بسبب مواجهة مشكلة معينة . وأيضاً بسبب الأمراض الجسمية العارضة ومنها الآلام الجسمية والجهد البدني وانسداد الأنف وغير ذلك، إضافة لتناول وجبة دسمة أو مشروبات منبهة . . والحقيقة أن قائمة الأسباب التي تؤدي إلى الأرق يمكن لها أن تطول لأن كل مايسبب زيادة إثارة الجهاز العصبي يمكن له أن يؤدي إلى اضطراب النوم الطبيعي .

وهذا مايستدعي تفهم الأرق والتعامل معه دون مبالغة أو توهم أو وسوسة . .

وهناك عدد من الاضطرابات النفسية مثل القلق العام والاكتئاب وأيضاً الحالات الشديدة الذهانية والإدمانية يمكن أن يكون الأرق أحد أعراضها المتعددة وهذا يحتاج للتشخيص المناسب والعلاج المتناسب مع الحالة . .

وفي عدد من الحالات يكون الأرق مزمناً ويترافق بدرجات من التوتر العام والتوتر العضلي وضعف التركيز إضافة للتركيز على الجسم ووظائفه بشكل مفرط . كما يترافق مع نمط خاص في التعامل مع المشكلات يسمى " النمط ذو المحور الداخلي " حيث

تغلب على الشخصية صفات التحفظ والضبط الانفعالي والسعي الحثيث إلى الظهور بالمظهر المتماسك .

وفي هذه الحالات يمكن أن يبدأ الأرق بأسباب واضحة جسمية أو نفسية ولكن الأرق يستمر بعد زوال الأحداث المؤثرة بسبب استعداد خاص وراثي لاضطراب تنظيم مراكز النوم واليقظة ، إضافة لنشوء نوع من "الحساسية المفرطة السلبية" المرتبطة بالعادات والسلوكيات التي تسبق عملية الدخول في النوم واستمراريته . حيث نجد أن كثيراً من هؤلاء المرضى ينامون بشكل جيد خارج المنزل ومع تغيير أو تعديل عادات النوم . كأن ينام مرتاحاً أثناء القراءة في كتاب أو مشاهدة التلفزيون بدلاً عن محاولة استحضار النوم بشكل قسري وإرادي . لأن ذلك بحد ذاته يزيد من الاستثارة العصبية والجسمية ويساهم في تكوين "عادة الأرق" وتثبيتها . وأنصح السائل ضرورة مراجعة الاختصاصي لبحث الحالة بالتفصيل ومن تشخيصها . . والعلاجات متعددة وفعالة وأولها تعديل عادات النوم ، والاستيقاظ في وقت محدد صباحاً ، وتعديل النظرة إلى هاجس الأرق وأضراره من خلال قبوله وتقبله دون محاربته . . وهناك عدد من الأساليب السلوكية الإضافية والأجهزة التي تساعد على الاسترخاء . إضافة للإيحاء الذاتي وتدريبات الاسترخاء والأذكار وأيضاً الأدوية . . ومنها عدد من الأدوية الحديثة وكثير منها لايسبب التعود أو الإدمان .

المراجع العامة المستفاد منها في هذا الكتاب

١- معاناتي والتوحد . سميرة عبد اللطيف السعد . دار البلاد للطباعة والنشر . جدة . الطبعة الأولى ١٩٩٢م .

٢- اختبار رسم الشخص . لجنة الاختبارات في مركز الدراسات النفسية والجسدية . طرابلس . مجلة الثقافة النفسية . دار النهضة العربية بيروت . عدد ١٩/ ١٩٩٤م .

٣- العلاج السلوكي للطفل ، أساليبه ونماذج من حالاته . د. عبد الستار ابراهيم ، د. عبد العزيز عبد الله الدخيل ، د. رضوى إبراهيم . سلسلة كتب عالم المعرفة . مطابع السياسة . الكويت ديسمبر ١٩٩٣م .

٤- التحليل النفسي للذات العربية ، قطاع البطولة والنرجسية في الذات العربية . دار الطليعة . بيروت . الطبعة الأولى ١٩٨٢م .

٥- التحليل النفسي للذات العربية ، أنماطها السلوكية والأسطورية . دار الطليعة . بيروت . الطبعة الثانية ١٩٨١م .

٦- الطبيب أدبه وفقه . د. زهير السباعي ود. محمد علي البار . دار القلم دمشق . دار البشير . جدة الطبعة الثانية ١٩٩٧م .

٧- الأمثال الشعبية الشامية . نزار الأسود . مطبعة نضر . دمشق الطبعة الأولى ١٩٩٠م .

٨- أخبار الحمقى والمغفلين للشيخ أبي الفرج بن الجوزي . طبعة جديدة منقحة عني بها د. محمد أمين فرشوخ . دار الفكر العربي . بيروت . الطبعة الأولى ١٩٩٧م .

٩- مجلة الثقافة النفسية المتخصصة ، كامل المجلدات . دار النهضة العربية . بيروت . ١٩٩٠ - ١٩٩٨م .

١٠- قاموس المورد . منير البعلبكي . دار العلم للملايين . بيروت . الطبعة ١٦/ ١٩٨٢م .

١١- قاموس حتي الطبي . إنجليزي عربي . مكتبة لبنان . بيروت الطبعة الرابعة ١٩٨٠م .

١٢- المعجم الطبي الموحد . لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية العربية في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بشرق البحر المتوسط . طلاس للدراسات والترجمة والنشر . الطبعة الرابعة . دمشق ١٩٨٤م .

١٣- العلاج النفسي في ضوء الإسلام . د. محمد عبد الفتاح المهدي . دار الوفاء . المنصورة . مصر . الطبعة الأولى ١٩٩٠م .

١٤- الإسلام وعلم النفس . محمد محمود عبد الجابر . مكتبة الصفحات الذهبية . الرياض . ١٩٨٩م .

١٥- سيكولوجية رسوم الأطفال . اختبارات رسم الإنسان وتطبيقاتها على أطفال البلاد العربية . د. مالك بدري . دار الفرقان . عمان . الأردن . الطبعة الثانية ١٩٩٧م .

16- Anderson L. T., Ernst M. : Self Injury in Lesch-Nyhan Disease. J. of Autism and Developmental Disorders. Vol. 24 No. 1 pp 67-81, 1994.

17- Barber J. P., Ellman J. : Advances in Short term Dynamic Psychotherapy. Current Opinion in Psychiatry. Vol. 9 No. 3. pp. 188-192, 1996.

18- Barber Paul, Editor, Mental Handicap, Facilitating Holistic Care. Hodder and Stoughton London, 1987.

19- Berger M., Portnoy S. ; Clinical Child Psychology. Current Opinion in Psychiatry, No. 3 pp. 781-784, 1990.

20- Biede rman Joseph : A 55 . Year old man with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder . conferance Held at Beth Irael Deaconess Medical Center. Clinical Cross Roads. March 3 1998. JAMA Vol. 280, No 12. 1998.

21- Birch, H. G., Richardson S. A., Baird D., Horrobin G., Illsley R. : Mental Subnormality in the Community, A Clinical and Epidemiological Study. Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1970.

22- Borg M. J. :The Structure of Social Monitoring in the Process of Social Control. Deviant Behaviour Vol. 18 No. 3 pp. 273-293, 1997.

23- Case C., Dalley T. : The Handbook of Art Therapy. Tavistock/Routledge. London, Newyork, 1992.

24- DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association. Washington, 1994.

25- Eaves L. C., Ho H. H., Eaves D. M. : Subtypes of Autism by Cluster Analysis. J. of Autism and Developmental Disorders. No. 1 pp. 3-22. 1994.

26- Emeron E.: Behavioural and Pharmacological Methods for Promoting Positive Behaviour. Current Opinion in Psychiatry. 9 : 332-336, 1996.

27- Gelder M., Gath D., Mayour : Oxford Text Book of Psychiatry. Second Edition. Oxford University Press., 1989.

28- Goldman L. S., Genel M., Bezman R. J., Slanetz P. J. : Diagnosis and Treatment of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Report from the Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Chicago. March 1997. J. A. M. A. Middle East. pp. 79-86 Augus1998.

29- Harrison's Principles of Internal Medicine-Internatinal Edition. Thirteenth Edition, 1994.

30- Hjalmas K. : What is new in Nocturnal Enuresis? Old concepts and new knowledge. Family General Practice 256-259, 1997.

31- Hollin C. R. : Delinquency : Development, Drink and Deterrence. Current Opinion in Psychiatry 3: 745-784, 1990.

32- Jacobson J. W., Ackerman, L. J. : Who is Treated using Restrictive Behavioural Procedures? A population Perspective. J. of Research in Developmental Disabilities, Vol. 14: 51-65, 1993.

33- Jambaqué I., Mottron L., Ponsot G., Chiron C., : Autism and Visual Agnosia in a Child with Right Occipital Lobectomy. J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry Vol. 65. 4:555-560, 1998.

34- Kaplan J. I., Saddock B. J. : Comprehensive Textbook of Psychiatry. Fourth Edition. Williams and Wilkins. 1983.

35- Kendell R. E., Zeally A. K. : Companion to Psychiatric Studies. Editors. Third Edition. Churchill Livingstone. London, 1983.

36- Kissane D. W., Bloch S., Miach P., Smith G. C., Seddon A., Keks N., : Cognitive-Existentialist Group Therapy for Patients with Primary Breast Cancer. Techniques and Themes. Psycho Oncology 6 : 25-33, 1997.

37- Myers M. G., Stewart D. G., Brown S. A. ; Progression from Conduct Disorder to Antisocial Personality Disorder following Treatment for Adolescent Substance abuse. Am. J. Psychiatry 4 : 474-478, 1988.

38- Philips K. A., Gunderson J. G. : Personality Disorders, pp 653-680. In Synopsis of Psychiatry. Edited by Hales R. E. and Yudofsky S. C. The American Psychiatric Press. Washington, 1996.

39- Popper C. W., Steingard R. J., : Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence. pp. 681-774 In Synopsis of Psychiatry. Edited by Hales R. E. and Yudofsky S. C. The American Psychiatric Press, Washington, 1996.

40- Popper C. W. : Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence, pp. 649-735. In Text book of Psychiatry. Editors. Talbott J. A., Hales R. E., Yudofsky S. C. A. American Psychiatric Press. Washington, 1988.

41- Prasher V. P. : Advances in Down's Anomaly. Current Opinion in Psychiatry. 9 : 312-316, 1996.

42- Simon R. M. : The Symbolism of Style, Art as Therapy. Routeledge. London, New York, 1992.

43- Talbott J. A., Hales R. E., Yudofsky S. C. A. Editors : Text Book of Psychiatry - American Psychiatric Press. Washington, 1988.

44- Warner-Rogers J., Taylor E., : Developmental Brain Disease and Child Neuropsychiatry. Current Opinion in Psychiatry Vol., 9. No. 1 pp 81-84, 1996.

المصطلحات الأنجليزية ومعانيها في العربية

Adaptive Behaviour	• السلوك التكيفي
Adjustment Disorders	• اضطراب التكيف
Alcoholism	• الكحولية -الإدمان على الكحول
Alzheimer Dementia	• خرف من نوع ألزهايمر
Amniocentesis	• تحليل السائل الأمينوسي (بزل السلى)
Antisocial Behaviour	• سلوك مضاد للمجتمع
Antisocial Personality	• شخصية مضادة للمجتمع
Asperger's Disorder	• اضطراب أسبرغر
Attention Deficit /Hyperactivity Disorder	• اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط
Atypical Psychosis	• ذهان غير وصفي
Autistic Disorder	• الاضطراب التوحدي
Bell and pad	• غطاء السرير والجرس
Biopsychosocial Theory	• النظرية العضوية النفسية الاجتماعية
Bladder Training	• تدريب المثانة
Borderline I.Q.	• نسبة الذكاء الحدودية
Borderline Personality	• الشخصية الحدودية
Brief Psychotic Disorder	• الاضطراب الذهاني قصير الأمد
Caudate	• الجسم المذنب
Cerebral Palsy	• الشلل المخي (الدماغي)
Childhood Disintegrative Disorder	• اضطراب الطفولة الأنحلالي
Chromosomal Aberations	• زيغ (اضطراب) الصبغيات

Circadian Biological Rhythem	• النظم البيولوجي اليوماوي
Clumsy	• أخرق (في الأداء الحركي)
Communication Disorders	• اضطرابات التخاطب
Compensation Neurosis	• عصاب التعويض
Concrete Thinking	• التفكير العياني (الملموس)
Conduct Disorder	• اضطراب السلوك المنحرف
Congenital Syphilis	• الداء الزهري الولادي
Conversion Disorder	• اضطراب تحويلي (هيستريائي)
Corpus Collosum	• الجسم الثفني
Councelor	• المستشار
Cretinism	• الفدامة (نقص إفراز الدرقية عند الوليد)
Cridu chat	• مواء القطة (فرنسية)
Dementia Due to Head Trauma	• خرف ناتج عن رض دماغي
Dependent Personality	• شخصية اعتمادية
Developmental Delays	• التأخرات النمائية
Diabetes Insipidus	• البوالة التفهة
Diabetes Melitus	• الداء السكري
Disorder of Written Expression	• اضطراب التعبير الكتابي
Disorientation	• اضطراب التوجه
Down's Syndrome	• تناذر دوان
Draw a person test	• أختبار رسم الشخص
Echolalia	• ترجيع الكلمات (صداء لفظي)
Educable	• قابل للتعليم
Elimination Disorders	• اضطرابأت الإفراغ
Encopresis	• التبرز اللاإرادي

• التـــبـــول الــلاإرادي (بـول الفراش)	Enuresis
• ثنية في الغضنة (قرب زاوية الأنف العلوية)	Epicanthic fold
• اضطراب اللغة التعبيري	Expressive Language Disorder
• تناذر الصبغي المؤنث الهش	Fragile X Syndrome
• الشخصية الهستيريائية	Historionic Personality
• بيلة هومسيستين	Homocystine Urea
• الجنسية المثلية	Homosexuality
• تناذر هيرلر	Hurler\s Syundrome
• استسقاء الرأس	Hydrocephalus
• غامض السبب (غير محدد السبب)	Idiopathic
• أبله	Idiot
• أحمق	Imbecile
• عمليات مناعية ارتكاسية	Immunilogical Reactions
• عدم الانتباه	Inattention
• أخطاء الاستقلاب الولادية	Inborn Errors of Metabolism
• الإصرار على الرتابة	Insistance on Sameness
• يرقان نووي	Kernicterus
• تناذر كلاينفلتر	Kleinfilter's Syndrome
• إعاقة تعليمية	Learning Disability
• اضطراب تعلم	Learning Disorder
• تناذر ليش نيهان	Lesch Nyhan Syndrome
• لمبي (حوفي)	Limbic
• ضخامة الخصيتين	Maccroorchidism
• إدعاء المرض	Malingering
• اضطراب الحساب	Mathematic Disorder

Mental Handicap	• إعاقة ذهنية
Mental Retardation	• التخلف العقلي
Microcephaly	• صغر الرأس
Mitral Valve Prolapse	• انسدال (تدلي)الدسام التاجي
Mixed Receptive-Expressive Language Disorder	• اضطراب اللغة التعبيري الأستقبالي
Moron	• مغفل
Motor Skills Disorder	• اضطراب المهارات الحركية
Mucopoly Sacharide	•السكريات المتعددة المخاطية
Narcissitic Personality	• الشخصية النرجسية
Neuritic Plaques	• الصفائح العصبية
Neurofibrillary Tangles	• كتل ليفية عصبية متشابكة
Neurofibromatosis	• الورم الليفي العصبي
Nonspecific	• ليس ذو دلالة محددة (غير محدد الدلالة)
Normalization	• التطبيع
Obssessive Compulsive Personality	• الشخصية الوسواسية القهرية
Occupational Medicine	• الطب المهني
Oppositional Disorder	• اضطراب المعارضة (الأعتراض)
Paranoid Personality	• الشخصية الزورية (الشكاكة)
Perinatalproblems	• مشكلات مرحلة ماحول الولادة (حوالي الولادة)
Personality Disoeders	• اضطرابات الشخصية
Pervasive Developmental Disorders	• اضطرابات الطفولة المتعممة
Phenyl Ketone Urea	• بيلة فينيل كيتون
Phonological Disorders	• اضطرابات النطق

• الوَحَم (أكل أشياء لاتؤكل)	Pica
• متعدد المورثات	Polygenic
• السَلَف (النذير - الشكل التمهيدي الأولي)	Precursor
• الولادة المبكرة (الخداج)	Prematurity
• الوقاية الأولية	Primary Prevention
• بروز الفك السفلي	Prognathism
• عكس الضمائر	Pronoun Reversal
• أعتلال الشخصية (الشخصية الإجرامية)	Psychopathic
• اضطراب الارتباط بالآخرين الارتكاسي (التفاعلي)	Reactive Attachement Disorder
• اضطراب القراءة	Reading Disorder
• العامل الريصي (عامل ريزيوس)	Rh Factor
• التشكلات الشبكية	Reticular Formations
• اضطراب ريت	Rett's Disorder
• الحصبة الألمانية	Rubella
• اضطراب الاجترار	Rumination Disorder
• الشخصية شبه الفصامية	Schizoid Personality
• الشخصية ذات النمط الفصامي	Schizotypal Personality
• الوقاية الثانوية	Secondary Prevention
• الخرس الانتقائي (الصمت الاختياري)	Selective Mutism
• اضطراب قلق الانفصال	Separation Anxiety Disorder
• صغر استيعاب المثاني الأدائي (الوظيفي)	Small Functional Bladder Capacity
صغر كمية التبول	Small Value of Voiding

• اعتلال اجتماعي	Sociopathic
• العلامات العصبية اللينة (الخفيفة)	Soft Heurological Signs
• الاضطراب التجسيمي (الجسدنة)	Somatization Disorder
• السنسنة المشقوقة	Spinabifida
• فرادية (فرادي)	Spordic
• اضطراب الحركات النمطية (التكرارية)	Stereotypic Movements
• الوصمة السلبية	Stigma
• تناذر ستورج ويبر	Sturge Weber Syndrome
• التأتأة	Stuttering
• مرض تي ساش	Tay Sachs Disease
• الوقاية الثالثية	Tertiary Prevention
• اضطراب العرة	Tic Disorders
• اضطراب توريت	Tourette's Disorder
• داء المقوسات	Toxoplasmosis
• قابل للتدريب	Trainable
• اندماج (التصاق)	Translocation
• ثلاثي الصبغي المؤنث	Triple X
• تثلث الصبغي	Trisomy
• التصلب الحديبي	Tuberus Sclerosis
• تناذر تورنر	Turner's Syndrome
• ڤازوبرسين الهرمون المضاد لإدرار البول	Vasopressin, Autidiuretic Hormone
• مقاييس ڤينلاند	Vineland Scales

خاتمة أدبية

في العام الجديد

١ - يغسل وجهه ثلاثاً . . ويغسل يديه وقدميه . . يخلل أصابعه أيضاً .

يضيء عينيه جيداً . . يبعد دموعه . . ثم يفرك أعصابه عصباً عصباً . " إنه يتوضأ بالمطر " .

٢ - " يا ابنة البحر . . يامن تجيئين من الصحراء . . تعالي " قالت " أين الإشارة؟ " قال " فاسألوا " . . وانفجرت ضحكة منسية ثم نامت أو قامت . .

٣- كان يحتفل بالحياة اليومية . . ضغط مفتاح الحاسب الآلي وكتب كلمات أخرى . . رسم صوراً وخرائط وأطفال . . اشترى ثوباً وكتباً وأقلام . . ثم انزلق حذاؤه وغاص في الماء والملح والرمال . .

٤ - يتوضأ ثانية . .

تنهد واستراح . . أطال لسانه قليلاً . . تذرع بالحكمة كثيراً . . وذهب يسأل عن " الطريق والطريقة " . .

لبس نظارته الجديدة ورأى أشياء " أعمق وأبعد وأروع " . . أيقظها مراراً . . وحملها أخيراً على ظهره . . وتابع رحلته بطيئاً . .

تيمم . . تبسم . . واستقبل العام الجديد .

تذكرة عامة

إن خدمات الطب النفسي يحتاجها عديد من الأشخاص مثل حالات :

- الاستشارات النفسية العامة .
- القلق الحاد والمزمن (التوتر - النرفزة - العصبية - انشغال البال - نوبات الاختناق) .
- الاكتئاب وأنواعه الحادة والمزمنة والارتكاسية (التعب النفسي - تعب الأعصاب - الضيقة - الحزن) .
- الخوف الاجتماعي (الخجل - الارتباك) .
- الحالات الوسواسية (الوسوسة والشك والغسيل المتكرر والرغبة الملحة في التأكد) .
- الخوف من الأمراض (الخوف من أمراض القلب والدماغ والموت وغير ذلك . .) .
- المخاوف المرضية المتنوعة (الخوف من ركوب الطائرة - الخوف من المصعد - الخوف من قيادة السيارة وغير ذلك) .
- صعوبات التكيف المهني والاجتماعي والعائلي .
- الشكاوى الجسمية ذات المنشأ النفسي . الآلام العضلية والعصبية (الصداع بأنواعه - آلام الظهر - آلام البطن وغير ذلك) .
- الأعراض النفسية المرافقة أو التالية للأمراض العضوية المختلفة . حالات الأطفال والمراهقين ، مثل القلق والمخاوف الليلية والاكتئاب والخجل وأيضاً :
- الاضطرابات السلوكية (الشقاوة - العناد - الإهمال . .) .

- صعوبات التحصيل الدراسي ومشكلات التعليم .
- البوال الليلي (البلل وعدم ضبط البول) .
- التخلف العقلي .
- الاضطراب التوحدي (نقص تطور اللغة والكلام - الانعزال - السلوك الغريب) .
- حالات الاضطرابات الجنسية عند الجنسين (سرعة القذف - صعوبة الأنتصاب - القلق الجنسي - اضطراب الهوية الجنسية - فقدان الرغبة الجنسية وغير ذلك) .
- حالات اضطرابات الطعام والوزن (السمنة - النحافة - نوبات الشره والإقياء - الخوف المرضي من زيادة الوزن) .
- اضطرابات النوم (الأرق - تقطع النوم - فرط النوم - الكوابيس - المشي أثناء النوم وغير ذلك) .
- المشكلات العائلية والعاطفية والشخصية واضطرابات الشخصية .
- الاضطرابات الذهانية العقلية كالفصام والهوس والشك (الزور) وغيرها .
- بعض الأمراض العصبية كالصرع والتشنج واضطرابات الشيخوخة وغير ذلك .
- لاتتردد كثيراً قبل استشارة الطبيب . . فقد تغيرت الحياة . . ولايتعارض العلاج النفسي مع جهود الإنسان الشخصية في صراعه مع مشكلاته وحلولها . كما أن الاضطراب النفسي ليس عيباً أو ضعفاً ، فالإنسان القوي يتعب أحياناً ثم يستعيد قوته . . وهكذا الحياة .

كتب للمؤلف

- الخوف الاجتماعي (الخجل) : دراسة علمية للاضطراب النفسي ، مظاهره ، أسبابه ، وطرق العلاج .

  الطبعة الأولى . دار المنارة . جدة . ١٩٩٣م . الطبعة الثانية . دار الاشراقات . دمشق . ١٩٩٥م .

- الطب النفسي والحياة : مقالات ، مشكلات ، فوائد . الكتاب الأول .

  الطبعة الأولى . دار الاشراقات . دمشق . ١٩٩٥م . الطبعة الثانية . دار الاشراقات . ١٩٩٨م .

- الطب النفسي والحياة : مقالات ، مشكلات ، فوائد . الكتاب الثاني . الطبعة الأولى . دار الاشراقات . دمشق . ١٩٩٧م .

عنوان المؤلف

عيادة الطب النفسي - جدة - شارع فلسطين جوار فندق ماريوت

ص . ب : ١٤٧٦٣ الرمز البريدي ٢١٤٣٤

هاتف وفاكس : ٦٧٣٠٤٨٥